



REPUBLICA DEL ECUADOR

MISIÓN DEL ECUADOR ANTE
ORGANIZACIÓN DE
ESTADOS AMERICANOS



Ministerio
de Relaciones Exteriores
y Movilidad Humana

No. 4-2-89-2016

LA MISIÓN PERMANENTE DEL ECUADOR ANTE LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA) saluda muy atentamente al Departamento de Inclusión Social de la OEA y tiene a bien adjuntar copia del Informe Nacional del Ecuador sobre la Implementación del Primer Agrupamiento de Derechos del Protocolo de San Salvador, junto con sus anexos, en su versión final.

LA MISIÓN PERMANENTE DEL ECUADOR ANTE LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA) hace propicia la ocasión para reiterar al Departamento de Inclusión Social de la OEA las seguridades de su más alta y distinguida consideración.

Washington, D.C., 25 de abril de 2016

Al
DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS
AMERICANOS
Ciudad.-



ecuador
ama la vida

Informe Nacional sobre la implementación del Protocolo de San Salvador

Primer Agrupamiento de Derechos

(Seguridad Social, Salud y Educación)

2016

Quito, Ecuador

ÍNDICE

I. Introducción.....	1
II. Contenido.....	2
Derecho a la Seguridad Social.....	2
Indicadores estructurales.....	2
Recepción del derecho.....	2
Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios.....	3
Señales de progreso.....	3
Capacidades estatales.....	4
Igualdad y no discriminación	5
Acceso a la Información y Participación	6
Acceso a la Justicia.....	7
Indicadores de procesos.....	9
Recepción del derecho.....	9
Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios	10
Capacidades estatales.....	12
Señales de progreso.....	13
Acceso a la información y participación ciudadana.....	13
Acceso a la justicia	14
Señales de progreso.....	15
Indicadores de Resultados.....	15
Recepción del derecho	15
Igualdad y no discriminación	16
Derecho a la Salud.....	17
Indicadores estructurales.....	17
Señales de progreso.....	19
Capacidades estatales.....	20
Igualdad y no discriminación	21
Acceso a información pública y participación	23
Acceso a la justicia	24
Indicadores de procesos.....	25
Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios	26
Capacidades estatales.....	27
Señales de progreso.....	27
Igualdad y no discriminación	28
Señales de progreso.....	29

Señales de progreso.....	31
Acceso a la justicia	32
Señales de progreso.....	34
Indicadores de resultados.....	35
Recepción del derecho	35
Capacidades estatales.....	35
Igualdad y no discriminación	37
Derecho a la Educación.....	39
Indicadores estructurales.....	39
Recepción del derecho	39
Planes de Desarrollo Educativo.....	40
Señales de progreso.....	41
Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios	42
Capacidades estatales.....	43
Igualdad y no discriminación	46
Señales de progreso.....	54
Indicadores de procesos	56
Señales de progreso.....	58
Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios	58
Señales de progreso.....	59
Capacidades estatales.....	60
Igualdad y no discriminación	61
Señales de progreso.....	62
Acceso a información y participación	62
Señales de progreso.....	63
Acceso a la justicia	64
Indicadores de Resultados.....	64
Recepción del derecho	64
Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios	65
Capacidades estatales.....	66
Igualdad y no discriminación	66
III. Lista de anexos.....	69

SIGLAS

AME	Asociación de Municipalidades Ecuatorianas
AMIE	Archivo Maestro de Instituciones Educativas
APS	Atención Primaria de Salud
ARCSA	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
BDH	Bono de Desarrollo Humano
BI	Business Intelligence
CCS	Consejo Ciudadano Sectorial
CECIB	Centro Educativo Comunitario Intercultural Bilingüe
CJ	Consejo de la Judicatura
CMCT OMS	Convenio para el Control del Tabaco en el Marco de la OMS
CNIG	Consejo Nacional para la Igualdad de Género
CNII	Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional
COIP	Código Orgánico Integral Penal
COMF	Código Orgánico Monetario y Financiero
CONADES	Consejo Nacional de Salarios
CONADIS	Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades
CONGOPE	Consortio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador
CONSEP	Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes
CRE	Constitución de la República del Ecuador
DECE	Departamento de Consejería Estudiantil
DNDHGI	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión del Ministerio de Salud Pública
DPE	Defensoría del Pueblo de Ecuador
EBJA	Educación Básica para Jóvenes y Adultos
EIFC	Educación Infantil Familiar Comunitaria
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
GARPR	Global Response Progress Reporting
HsH	Hombres que tienen sexo con hombres
IE	Institución Educativa
IEE	Instituciones Educativas Especializadas
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos
INSPI	Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
LOD	Ley Orgánica de Discapacidades
LOEI	Ley Orgánica de Educación Intercultural
LOPC	Ley Orgánica de Participación Ciudadana
LSS	Ley de Seguridad Social
MAIS – FCI	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural



MCDS	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social
MDI	Ministerio del Interior
MDT	Ministerio del Trabajo
MF	Ministerio de Finanzas
MIDENA	Ministerio de Defensa
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MINCOMEX	Ministerio de Comercio Exterior
MINEDUC	Ministerio de Educación
MINTUR	Ministerio de Turismo
MJDHC	Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos
MOSEIB	Modelo del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe
MREMH	Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana
MSP	Ministerio de Salud Pública
OIT	Organización Internacional de Trabajo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Procesos de Aprendizaje Investigativo
PEA	Población económicamente activa
PeF	Programa Educando en Familia
PGE	Presupuesto General del Estado
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PSS	Protocolo de San Salvador
RIPS	Registro Interconectado de Programas Sociales
SBU	Salario Básico Unificado
SECOB	Servicio de Contratación de Obras
SECOM	Secretaría Nacional de Comunicación
SEIB	Sistema de Educación Intercultural Bilingüe
SENAE	Servicio Nacional de Aduana del Ecuador
SENESCYT	Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SETEDIS	Secretaría Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades
SGO	Seguro General Obligatorio
SINEC	Sistema Nacional de Estadística y Censo
SNGP	Secretaría Nacional de Gestión de la Política
SRI	Servicio de Rentas Internas del Ecuador
SSC	Seguro Social Campesino
TNRH	Trabajo No Remunerado del Hogar
UDAI	Unidad de Apoyo a la Inclusión
UECIB	Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe
UMPS	Unidades Médicas Prestadoras de Salud
UNE	Unión Nacional de Educadores

I. Introducción

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador (PSS), fue ratificado por la República del Ecuador en el año 1993.

De conformidad a las instrucciones técnicas del Grupo de Trabajo de seguimiento al Protocolo de San Salvador, el Informe Nacional refleja los principales avances país, en términos de accesibilidad, cobertura y aceptabilidad correspondientes al Primer Agrupamiento de Derechos: Seguridad Social, Salud y Educación.

En el proceso de elaboración del Informe Nacional sobre la implementación del Protocolo de San Salvador, participaron dieciocho instituciones públicas: Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (MREMH), Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Educación (MINEDUC), Ministerio del Trabajo (MDT), Ministerio de Defensa (MIDENA), Ministerio del Interior (MDI), Consejo de la Judicatura (CJ), Defensoría del Pueblo de Ecuador (DPE), Consejo Nacional para la Igualdad de Género (CNIG), Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII), Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS), Secretaría Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades (SETEDIS), Secretaría Nacional de Gestión de la Política (SNGP), Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y Secretaría Técnica de Drogas (SETED).

La intervención de las instituciones mencionadas en el párrafo anterior dio lugar a que el presente Informe cuente con información y datos estadísticos desagregados y actualizados. Además, la colaboración de los Consejos Nacionales para la Igualdad de Género, Intergeneracional y de Discapacidades, permitió que el Informe tome en cuenta los enfoques constitucionales, desde la gestión y perspectiva de los diferentes poderes del Estado.

También en el Informe se proporciona información sobre la participación de la sociedad civil a través de los Consejos Ciudadanos Sectoriales en los procesos de planificación, formulación y ejecución de la política pública.

Es relevante mencionar que, el presente Informe ha sido estructurado de acuerdo a los indicadores estructurales, de procesos y de resultados, mismos que se desarrollan a través de varias categorías. Debido a la cantidad de información con la que cuenta el Estado ecuatoriano, ha sido imposible vaciarla en el formato oficial de matrices, por lo que, el equipo de trabajo interinstitucional decidió presentarlo de manera descriptiva. Sin embargo, la información desagregada en extenso se adjunta en anexos.

Finalmente, el Estado recomienda al Grupo de Trabajo de seguimiento al Protocolo de San Salvador que, los términos relativos a discapacidades guarden concordancia con los instrumentos internacionales y regionales sobre discapacidades. En tal sentido, lo pertinente técnica y políticamente es referirse a “personas con discapacidad” y no como “discapacitados”.

II. Contenido

Derecho a la Seguridad Social

Indicadores estructurales

Recepción del derecho

Ratificación del Estado de tratados internacionales que reconocen el derecho a la seguridad social

i. PIDESC

El Ecuador suscribió el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) el 29 de septiembre 1967, y lo ratificó el 6 de marzo 1979.

ii. CEDAW

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) fue firmada por el Ecuador el 17 de julio de 1980, y ratificada el 9 de noviembre de 1981.

iii. Convenio 102, OIT

El Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo sobre la seguridad social (norma mínima) adoptado el 28 de junio de 1952, fue ratificado por el Ecuador el 25 de octubre de 1974.

iv. Convención sobre el estatuto de Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967

El Ecuador se adhirió a la Convención sobre el estatuto de Refugiados de 1951 el 17 de agosto 1955, y a su Protocolo de 1967, el 6 de marzo 1969.

v. Convención sobre el Estatuto de los apátridas de 1954

El Ecuador suscribió la Convención sobre el Estatuto de los apátridas de 1954 el 28 de septiembre de 1954, y la ratificó el 2 de octubre de 1970.

vi. Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

El Ecuador se adhirió a la Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad el 1 de marzo de 2004, y la ratificó el 18 de marzo de 2004.

vii. Convención Internacional sobre la protección de todos los trabajadores migrantes y sus familias.

El Ecuador se adhirió a la Convención Internacional sobre la protección de todos los trabajadores migrantes y sus familias el 5 de febrero de 2002.

viii. Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, entre otras.

El Ecuador adoptó la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas el 13 de septiembre de 2007.

Incorporación en la Constitución de la República del derecho a la seguridad social

Constitución de la República del Ecuador (CRE) de 2008¹:

- Artículo 3.- [Deberes del Estado]
- Artículo 34.- [Derecho a la seguridad social]

¹ Anexo N° 1.

- Artículo 37.- [Derechos de los adultos mayores]
- Artículo 49.- [Capacitación periódica a las personas que cuidan personas con discapacidad]
- Artículo 340.- [Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social]
- Artículo 367.- [Principios del Sistema de Seguridad Social]
- Artículo 369.- [Contingencias cubiertas]
- Artículo 370.- [Responsabilidad del IESS]
- Artículo 371.- [Financiamiento de la seguridad social]
- Artículo 372.- [Patrimonio del Seguro Universal Obligatorio]
- Artículo 373.- [Seguro social campesino]
- Artículo 374.- [Afiliación voluntaria al IESS de ecuatorianos domiciliados en el exterior]

Legislación específica que contempla el derecho a la seguridad social

- Ley de Seguridad Social, 2001.
- Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, 1992.
- Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional, 1995.
- Código del Trabajo, 2015.
- Ley Orgánica de Servicio Público, 2010.
- Ley Orgánica para la Justicia Laboral y Reconocimiento del Trabajo en el Hogar, 2015.
- Decreto Ejecutivo N° 129, 1998.
- Decreto Ejecutivo N° 1395, 2013.
- Normativa secundaria: Resoluciones del Consejo Directivo del IESS.

Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios

Formas de financiamiento del sistema de seguridad social: i) porcentaje de aportes a cargo de los empleadores y ii) porcentaje a cargo de los trabajadores formales; iii) porcentaje de financiamiento del Estado

El Sistema de Seguridad Social ecuatoriano se financia de forma tripartita, es decir, con el aporte de los trabajadores, empleadores y en algunos casos, aportes a cargo del Estado. Los porcentajes de aportación varían en función de la modalidad de afiliación, así por ejemplo, las distintas tasas de aportación se detallan en el Anexo N° 2: Tabla N° 1. Tasas de aportación según modalidad y regímenes de afiliación al año 2015.

Origen de los fondos extrapresupuestarios (créditos de organismos internacionales, endeudamiento, reservas, otros)

El Sistema de Seguridad Social del Ecuador no recibe fondos de carácter extrapresupuestarios provenientes de créditos de organismos internacionales.

Señales de progreso

Existencia de estimaciones del costo fiscal de las reformas previsionales.

El Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) ha realizado las estimaciones del costo de las reformas previsionales para la incorporación de las trabajadoras y los trabajadores independientes y las personas no remuneradas del hogar.

En este sentido, el equipo cuantitativo de la Gerencia de Seguridad Social del MCDS ha realizado varios estudios actuariales para analizar la sostenibilidad de las prestaciones del sistema de seguridad social. Al respecto, el

equipo de la OIT ha realizado cinco visitas técnicas al Ecuador para trabajar con el MCDS; dichas visitas han tenido lugar en enero 2010, mayo 2010, enero 2014, febrero – marzo 2015 y la última en marzo 2016.

Durante estas visitas se ha trabajado en el avance de estudios actuariales en función de la sostenibilidad del sistema de pensiones, enfocado principalmente en la actualización y validación de modelos actuariales, en el desarrollo de capacidades locales, en la retroalimentación de las propuestas, entre ellas la incorporación de nuevos colectivos y finalmente en la sistematización de todo el proceso.

Tras la visita de marzo de 2016, se acordó que uno de los productos de la cooperación será la nota técnica sobre los resultados actuariales, cuyo avance está en proceso.

Existencia de estudios y proyectos de reforma de los sistemas de seguridad social con enfoque de género, etnia y raza.

En el Ecuador existe un proyecto de reforma enfocado en la afiliación a la seguridad social de amas de casa; la Ley de Justicia Laboral y Reconocimiento del Trabajo no Remunerado del Hogar (TNRH), publicada en el Registro Oficial N° 483 del 20 de abril de 2015, contempla cambios relacionados con la incorporación de las amas de casa al Sistema de Seguridad Social, en función de su tipo de contratación, bonificaciones, estabilidad laboral y utilidades.

Es pertinente indicar que, en el Sistema Nacional de Seguridad Social no existen mayores proyectos que incorporen el enfoque de etnia y raza, por cuanto, se procura garantizar el acceso de las/os trabajadoras/es a la afiliación a la seguridad social, sin distinción alguna y con un enfoque integral de derechos humanos.

Capacidades estatales

Jerarquía y facultades de los organismos que gestionan la seguridad social

Las instituciones que integran el Sistema Nacional de Seguridad Social son: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), las cuales tienen la facultad de dar cobertura prestacional a sus afiliados y derechohabientes en cada uno de sus campos y competencias, al amparo de la normatividad que rige a cada una de las entidades.

La Constitución, en su artículo 370 reconoce al IESS como entidad autónoma regulada por la ley y responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados. Además, Policía y Fuerzas Armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley.

Estas tres instituciones son autónomas, se rigen por la normativa correspondiente y a nivel administrativo tienen sus propios consejos directivos conformados por representantes de sus afiliados, de sus empleadores y del Estado.

El Consejo Directivo de IESS está conformado por tres representantes:

1. Representante de los asegurados (centrales sindicales, Confederación Servidores Públicos, UNE (Unión Nacional de Educadores), Confederación Jubilados, organizaciones del Seguro Social Campesino)
2. Representante de los empleadores (Federación Nacional de Cámaras de Industrias, Comercio, Agricultura, Ganadería, Construcción y Pequeña Industria)
3. Representante de la Función Ejecutiva (Designado por el Presidente)

Por su parte, el Consejo Directivo del ISSFA está conformado por el Ministro de Defensa (quien ejerce la rectoría), el Jefe del Comando Conjunto, los Comandantes Generales de Fuerza, el Representante de oficiales pasivos y el Representante de tropa pasivos.

El Consejo Superior del ISSPOL se conforma por el Comandante General (quien ejerce la rectoría), el Subsecretario de Policía, el Director General de Personal, el Representante de oficiales activos (terna comandante general), el Representante de oficiales pasivos (asociaciones), el Representante de tropa activos (terna comandante general) y el Representante de tropa pasivos (asociaciones).

Los institutos de seguridad social tienen la potestad de emitir su propia normativa y política mediante resoluciones. No existe jerarquía entre ellas. De conformidad con la Constitución, la rectoría del Sistema de Seguridad Social es deber y responsabilidad primordial del Estado (Art. 34); tiene competencias exclusivas sobre las políticas públicas (Art. 261, numeral 6), y norma, regula y controla las actividades relacionadas con la seguridad social (Art. 368).

Igualdad y no discriminación

Requisitos de acceso al sistema de seguridad social

Entre los principios rectores que constan en la Ley de Seguridad Social están: la *solidaridad* y la *universalidad*.

En relación de dependencia, el empleador está en la obligación de afiliar a todos sus empleados, desde el primer día hasta los quince días de labores de un trabajador.

En el caso de las personas *sin relación de dependencia o independientes*, que se afilian voluntariamente, deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Tener cédula de ciudadanía para el caso de afiliación de ecuatorianos; cédula de identidad para el caso de afiliación de extranjeros dentro del territorio nacional; o, carné de refugiado emitido en el Ecuador; y,
- b) No registrar mora u obligaciones pendientes con el IESS.

Para la afiliación de los ecuatorianos domiciliados en el exterior, mayores a dieciocho años de edad, deben cumplir los siguientes requisitos:

- a) Ser ciudadano ecuatoriano domiciliado en el exterior, o becario ecuatoriano en el exterior;
- b) Tener cédula de ciudadanía o pasaporte ecuatoriano; y,
- c) No registrar mora u obligaciones pendientes con el IESS.

El Artículo 129 de la Ley de Seguridad Social, establece que la incorporación de nuevos afiliados y beneficiarios al Seguro Social Campesino (SSC) deberá guardar relación directa con el crecimiento del número de afiliados al Seguro General Obligatorio (SGO) y con las metas presupuestarias de gasto e inversiones para prestaciones de salud a los campesinos.

Requisitos para el acceso al sistema para indígenas, afrodescendientes, refugiados, solicitantes de asilo y apátridas

No hay distinción para estos grupos de personas. Todas las personas deben cumplir con los mismos requisitos expuestos anteriormente.

Requisitos para el acceso al sistema para trabajadoras del servicio doméstico

No hay distinción para este grupo de personas. Se afilian como trabajadoras/es en relación de dependencia.

Requisitos para el acceso al sistema para trabajadores/as rurales

Los trabajadores que realizan tareas de pesca artesanal y agrícola de auto sustento, pueden afiliarse al régimen especial del Seguro Social Campesino que, de conformidad con la Ley de Seguridad Social, protege permanentemente a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, en sus estados de necesidad

vulnerables, mediante la ejecución de programas de salud integral, discapacidad, vejez e invalidez y muerte de la población campesina con el fin de elevar el nivel y calidad de vida.²

Pueden afiliarse al Régimen del Seguro Social Campesino: las personas cuya residencia se encuentre ubicada en el área rural, los pescadores artesanales, las personas que no se benefician de la protección del Seguro Universal Obligatorio, las personas que no reciban remuneración de un empleador y las personas que no se hayan convertido en empleadores permanentes.

Requisitos³

Afiliación Individual:

- Solicitud verbal del jefe /a, miembro de la familia.
- Copia de la cédula de identidad o partida de nacimiento original del jefe/a de familia y de sus dependientes.

Afiliación de la Organización:

- Solicitud por escrito.
- La organización debe estar ubicada en el área rural.
- La mayoría de sus miembros deben expresar su voluntad de asegurarse.
- El diagnóstico comunitario debe ser aprobado por la subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones de este Seguro.
- Autorización de la Dirección del Seguro Social Campesino.

La solicitud y los documentos se entregan en los dispensarios del Seguro Social Campesino de la respectiva provincia.

Acceso a la Información y Participación

Características y regularidad en la producción de información estadística en materia de seguridad social

Para fines de análisis institucional, la producción de información mensual se maneja a través de cubos de información en el Sistema Inteligencia de Negocios BI, que emana información de colectivos activos y pasivos e información financiera.

En la página web del IESS, se puede visualizar a través de la opción “institución”, información relativa a: normativa, resoluciones, información presupuestaria, ingresos y gastos.

Hasta el año 2010, el IESS ha publicado 18 Boletines Estadísticos que contienen información anual, relacionada con los siguientes temas:

- Población protegida por el SGO y por el SSC, referida a los afiliados cotizantes y a los pensionistas.
- Porcentajes de aportación a los diferentes seguros administrados por el IESS.
- Inversiones privativas y no privativas.
- Concesión de préstamos quirografarios e hipotecarios a los asegurados.
- Concesión de préstamos prendarios a la población en general.
- Fondos de Reserva.
- Prestaciones económicas otorgadas en caso de invalidez, vejez, muerte, riesgos del trabajo, cesantías y prestaciones asistenciales de salud.

² Ecuador, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, portal electrónico institucional:: <https://www.iess.gob.ec/es/seguro-campesino>

³ Ibíd.: <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/afiliacion>

- Información relacionada con el seguro social campesino.

Esta información se presenta desagregada por sexo, edad y provincia.⁴

Características, frecuencia, cobertura de campañas oficiales de difusión sobre los derechos a la seguridad social

La Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura del IESS es la unidad encargada de emitir las políticas y directrices para la ampliación de cobertura en seguridad social, en cumplimiento de sus metas a nivel de territorio; entre las actividades que realiza se encuentran:

1. El fomento de la cultura de cumplimiento de obligaciones a empleadores;
2. El fomento de la cultura previsional a estudiantes;
3. El IESS en su empresa.

Esta unidad también capacita a los socios de la Cámara de la Producción y de entidades públicas, con la finalidad de concientizar la temática de la seguridad social, para garantizar la protección de las contingencias que se harán efectivas a través del seguro universal, determinando los derechos y obligaciones de afiliados y empleadores, a fin de evitar sanciones establecidas en la normativa.

Acceso a la Justicia

Instancias administrativas para radicar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la seguridad social

El artículo 15 del Reglamento de afiliación, recaudación y control contributivo del IESS, establece que: “[l]os reclamos por falta de afiliación patronal o subdeclaración de aportes serán presentados en el formulario establecido por el IESS, por las organizaciones gremiales o el trabajador. La Dirección Provincial brindará la atención requerida.”

Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias:

Las acciones presentadas ante la esta jurisdicción administrativa provincial se deberán cumplir en las sedes zonales, de acuerdo a la División Territorial de la Estructura Orgánica, establecida en la Resolución C.D. 457 del 30 de agosto de 2013.

La Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias resolverá en primera instancia sobre las reclamaciones y quejas de los asegurados o sus derechohabientes en materia de denegación de prestaciones en dinero, así como las reclamaciones y quejas de los empleadores en materia de sus derechos y obligaciones.

La Comisión Nacional de Apelaciones conocerá y resolverá en segunda y definitiva instancia, las apelaciones de las resoluciones administrativas de la Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias sobre derechos de los asegurados y obligaciones de los empleadores.

Existencia de servicios jurídicos gratuitos e integrales de protección del derecho a la seguridad social

El artículo 191 de la CRE, establece que:

La Defensoría Pública es un órgano autónomo de la Función Judicial cuyo fin es garantizar el pleno e igual acceso a la justicia de las personas que, por su estado de indefensión o condición económica, social o cultural, no puedan contratar los servicios de defensa legal para la protección de sus derechos.

⁴ Ecuador, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, *Boletín Estadístico N° 18 - Diciembre 2010*.

La Defensoría Pública prestará un servicio legal, técnico, oportuno, eficiente, eficaz y gratuito, en el patrocinio y asesoría jurídica de los derechos de las personas, en todas las materias e instancias. [...]

Adicionalmente, el artículo 193 de la CRE, dispone que: “Las facultades de Jurisprudencia, Derecho o Ciencias Jurídicas de las universidades organizarán y mantendrán servicios de defensa y asesoría jurídica a personas de escasos recursos económicos y grupos que requieran atención prioritaria. [...]”

En el último año (agosto 2014 – agosto 2015), la Defensoría Pública atendió 293.515 requerimientos, de los cuales el 59 % pertenece al área social.⁵

Existencia de oficinas públicas de mediación o conciliación para resolver cuestiones vinculadas con seguridad social.

El Consejo de la Judicatura ha registrado 63 centros de mediación a nivel nacional, 14 de ellos son centros públicos y 49 centros privados. También, cuenta con 89 oficinas del Centro de Mediación de la Función Judicial que prestan su servicio en las 24 provincias del Ecuador.

Hasta el momento, no se han registrado casos vinculados con el derecho a la seguridad social pero podrían ser atendidos de tratarse de aspectos transigibles.

En concordancia con el artículo 47 del Reglamento de afiliación, recaudación y control contributivo del IESS, en temas relacionados a demoras en el pago de los aportes al IESS por parte de los empleadores, se establece la posibilidad de solicitar convenios de pago.

Aplicación de garantías procesales en los procedimientos judiciales en materia de seguridad social: i) independencia e imparcialidad del tribunal; ii) plazo razonable; iii) igualdad de armas; iv) cosa juzgada; v) vías recursivas de sentencias en instancias superiores

En aquellos casos en los que el IESS ha dejado de ser competente para resolver las impugnaciones o recursos presentados por el ciudadano (trabajador, autónomo o empleador), el ciudadano de forma personal o colectiva demandará sus derechos ante los Tribunales de lo Contencioso y Administrativo o ante la Corte Constitucional.

En estas instancias, los operadores de justicia deben regirse a la CRE, a los instrumentos internacionales de derechos humanos y la ley (art. 123 del Código Orgánico de la Función Judicial).

La CRE reconoce los derechos de protección a partir del artículo 76 al 82, entre los que constan: la independencia e imparcialidad del tribunal (art. 76, literal k); plazo razonable (art. 75 acceso a justicia expedita, con sujeción a los principios de inmediación y celeridad); igualdad de armas (art. 76, numeral 7); vías recursivas de sentencias en instancias superiores (art. 76, numeral 7, literal m).

Adicionalmente, en el año 2015 el Consejo de la Judicatura inició un proceso de evaluación cualitativa a las sentencias y resoluciones de las juezas y los jueces a nivel nacional. Dentro de los parámetros de la evaluación constan la observación del derecho a la tutela judicial efectiva y de los principios, y las reglas del debido proceso.

⁵ Ecuador, Defensoría Pública del Ecuador, portal electrónico institucional: <http://www.defensoria.gob.ec/index.php/component/k2/item/882-293-515-personas-recibieron-los-servicios-de-la-defensoria-publica-en-el-ultimo-ano>

Indicadores de procesos

Recepción del derecho

Tiempo promedio de reconocimiento del derecho a pensiones o jubilaciones por condición de actividad y por sexo.

Los requisitos actuales para acceder a una pensión por vejez son independientes de la condición de actividad y el sexo (excluyendo a las personas afiliadas al SSC y al TNRH). Los requisitos del SGO del IESS, son los siguientes:

Tabla N° 1. Requisitos mínimos para acceder a una pensión de vejez

Edad	Años de aportación
70	10
65	15
60	30
Sin límite de edad	40

Fuente: Resolución C.D. 100 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2006)

La edad promedio de las personas pertenecientes al SGO del IESS, para acogerse a la pensión jubilar es de 64 años de edad.

Los requisitos mínimos de acceso a una pensión de vejez para las personas afiliadas al TNRH, son:

Tabla N° 2. Requisitos mínimos para acceder a una pensión de vejez TNRH

Edad	Años de aportación
65	20

Fuente: Ley Orgánica para la Justicia Laboral y Reconocimiento del Trabajo en el Hogar (2015)

Las personas que pertenecen al SSC para acceder a una pensión por vejez, deben cumplir los siguientes requisitos mínimos:

Tabla N° 3. Requisitos mínimos para acceder a una pensión de vejez SSC

Edad	Años de aportación
65 a 70	10
71	9
72	8
73	7
74	6
75	5

Fuente: Ley de Seguridad Social (2001)

Porcentaje de la población asegurada por sistemas contributivos por sexo, etnia/raza y nivel educativo.

El porcentaje de personas afiliadas a la seguridad social contributiva que incorpora a las personas que están afiliadas y/o cubiertas al IESS; SGO, SSC, ISSFA e ISSPOL respecto de la población económicamente activa mayor de 15 años de edad, se detalla en el Anexo N° 3: Tabla N° 1. Porcentaje de personas afiliadas a la seguridad social contributiva.

Porcentaje de la población cubierta por sistemas no contributivos por sexo, etnia/raza y nivel educativo.

Ver Anexo N° 4:

- Tabla N° 1. Porcentaje de la población cubierta por sistemas no contributivos por sexo.
- Tabla N° 2. Porcentaje de la población cubierta por sistemas no contributivos por etnia.

Porcentaje de población afiliada a regímenes especiales por sexo, etnia/raza y nivel educativo.

Según se menciona en la CRE, en su artículo 373, el SSC forma parte del IESS y se considera como un régimen especial del seguro universal obligatorio, cuya finalidad es proteger a la población rural y a las personas que se dedican a la pesca artesanal.

Por otro lado, el artículo 370 de la CRE, determina que la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social. El número de personas afiliadas y/o cubiertas al SSC, al ISSFA y al ISSPOL, respecto de la población económicamente activa (PEA) mayor de 15 años de edad, se muestra en el Anexo N° 5: Tabla N° 1. Porcentaje de población afiliada a regímenes especiales por sexo, etnia/raza y nivel educativo.

Porcentaje de adultos mayores de 65 años cubiertos por programas de atención a la vejez por sexo, etnia/raza y nivel educativo.

Ver Anexo N° 6: Tabla N° 1. Porcentaje de adultos mayores de 65 años de edad cubiertos por una prestación económica de vejez del nivel contributivo y no contributivo.⁶

Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios

Porcentaje total de recursos del presupuesto nacional asignados a seguridad social.

Para la obtención del porcentaje total de recursos del Presupuesto General del Estado (PGE) del Ecuador al SSC, se ha tomado datos a diciembre de 2014, al no contar aún con los balances cerrados a 2015 de cada una de las instituciones ejecutoras de Seguridad Social, mismos que deben presentarse a la Superintendencia de Bancos y Seguros.

Ver Anexo N° 7: Tabla N° 1. Contribuciones del Estado al Sistema de Seguridad Social contributivo (IESS, ISSFA e ISSPOL) y no contributivo.

Tiempo de licencia por maternidad y paternidad en semanas y por fuentes de financiamiento (sistema de seguridad social en su totalidad; el empleador en su totalidad; formas mixtas).

El tiempo de licencia por maternidad es de 12 semanas remuneradas que pueden ser tomadas incluso antes de que se produzca el nacimiento, sin embargo, al cumplirse las 12 semanas la madre tendrá que reincorporarse a sus labores normales. Únicamente en el caso de nacimientos múltiples esta licencia se extenderá por diez días más. En el sector privado, el IESS financia el 75% y el empleador el 25% restante; en el sector público, el empleador financia el 100%.

⁶ Dentro del nivel contributivo es necesario mencionar que se excluyen los pensionistas del ISSFA e ISSPOL mayores a 65 años de edad con una pensión por retiro, por no contar con la información de registros administrativos de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional.

Las madres que se reincorporen a sus labores dentro de la empresa, tendrán un horario especial de 6 horas diarias por motivo de lactancia. Esta disposición está estipulada en el artículo 155, inciso tercero del Código de Trabajo.

Por paternidad, el trabajador tiene derecho a licencia con remuneración por el plazo de diez días contados desde el nacimiento de su hija o hijo cuando el parto es normal; en los casos de nacimiento múltiple o por cesárea se ampliará por cinco días más.

Base y frecuencia de actualización de las prestaciones en seguridad social.

El artículo 69 de la Ley Orgánica para la Justicia Laboral y Reconocimiento del Trabajo en el Hogar de 2015, determina que las pensiones del Sistema de Seguridad Social se incrementarán al inicio de cada año en la misma proporción que la inflación promedio anual del año anterior.

En este sentido, la frecuencia de actualización de las prestaciones en general es anual y en base a la tasa de inflación promedio anual.

Mecanismos para calcular la brecha salarial entre varones y mujeres a los efectos previsionales.

Existen 21 Comisiones Sectoriales, las mismas que se constituyen de manera tripartita entre representantes de trabajadores, empleadores y sector oficial, cuyas actividades principales son:

- a) La revisión de estructuras ocupacionales con la finalidad de homologar salarios y sueldos mínimos sectoriales;
- b) Suprimir o modificar los cargos/actividades de acuerdo a necesidades de las diferentes ramas de actividad económica que se encuentran agrupadas en las Comisiones Sectoriales, y;
- c) La fijación salarial que se realiza en base al estudio técnico de variables económicas como: productividad, equidad e inflación, el cual es puesto en consideración de los representantes del sector empleador y trabajador, para su análisis y posterior resolución.

Los informes de las resoluciones emitidas por cada una de las Comisiones Sectoriales son remitidos para análisis del Consejo Nacional de Salarios (CONADES), organismo técnico que actúa al igual de manera tripartita; el resultado de dicho análisis es puesto a consideración del Ministro de Trabajo, quien definirá el incremento salarial.

Las fijaciones efectuadas se realizan en base al cargo/actividad *sin considerar situaciones de género* y se las aplica con fundamento legal partiendo de lo dispuesto en el artículo 81 del Código del Trabajo, el mismo que textualmente expresa: “Estipulación de sueldos y salarios.- Los sueldos y salarios se estipularán libremente, pero en ningún caso podrán ser inferiores a los mínimos legales, de conformidad con lo prescrito en el artículo 117 de este Código. [...]”.

Sin embargo, de la información del IESS se desprende que el sueldo aportable promedio para hombres es de USD 671,34 respecto de un sueldo promedio de las mujeres de USD 621,88.

Existencia de mecanismos para eximir los costos de litigio. Requisitos para calificar para ese beneficio.

Al amparo de lo dispuesto en el *artículo 6 literal e* de la Ley de Seguridad Social, el Consejo Directivo del IESS expidió el 11 de enero de 2010 la Resolución Nro. C.D. 301, la cual contiene la Codificación del Reglamento de Afiliación, Recaudación y Control Contributivo. El artículo 15 del referido Reglamento establece que:

Los reclamos por falta de afiliación patronal o subdeclaración de aportes serán presentados en el formulario establecido por el IESS, por las organizaciones gremiales o el trabajador. La Dirección Provincial brindará la atención requerida.

Para presentar el reclamo por falta de afiliación patronal, el interesado ejecutará, a través del sistema informático⁷, el aplicativo que contiene el formulario correspondiente.

En caso de no poder hacerlo por medio informático, podrá presentarse la queja, mediante comunicación física dirigida al Director Provincial, que será entregada en las oficinas establecidas por las direcciones provinciales en cada delegación del IESS, indicando el nombre del denunciante, el número de cédula de identidad/ciudadanía, la dirección domiciliaria, los números telefónicos, el correo electrónico; y, los nombres de los denunciados, así como la dirección donde debe notificárseles. La dependencia que receptó el reclamo le dará el trámite pertinente para la investigación de los hechos denunciados en el término de veinticuatro horas”.

Respecto a las reclamaciones y quejas de los asegurados o sus derechohabientes en materia de denegación de prestaciones en dinero; y de los empleadores en materia de sus derechos y obligaciones, al amparo del artículo 43 de la Ley de Seguridad Social corresponde resolver en primera instancia a la Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias, y en segunda y definitiva instancia a la Comisión Nacional de Apelaciones.

Para presentar la denuncia o reclamación no se requiere contar con un abogado patrocinador, y es gratuito. De conformidad con los artículos 75 y 168 numeral 4 de la CRE, se garantiza el acceso gratuito a la justicia en todo nivel: administrativo como judicial.

Para el efecto la Procuraduría General del Estado cuenta con un Centro de Mediación para absolver litigios que se presentan en el sector público.

Finalmente es oportuno señalar que, la Defensoría Pública es una institución autónoma, parte del sistema de justicia nacional que presta un servicio legal, técnico, oportuno, eficiente, eficaz y gratuito, en el patrocinio y asesoría jurídica de los derechos de las personas, en todas las materias e instancias.

Disponibilidad y/o utilización de fondos extrapresupuestarios para financiar el sistema de seguridad social o su déficit.

El artículo 68 numeral 1 de la Ley Orgánica para la Justicia Laboral y Reconocimiento del Trabajo en el Hogar, que sustituyó el texto al artículo 237 de la Ley de Seguridad Social del Ecuador, determina que: “El Estado Central será responsable subsidiario y garantizará el pago de las pensiones del Sistema de Seguridad Social únicamente cuando el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social no cuente con los recursos económicos para cubrir las obligaciones en curso de pago del Seguro General Obligatorio y del régimen especial del Seguro Social Campesino”.

Capacidades estatales

Tasa de Informalidad laboral

El indicador de informalidad laboral elaborado por el INEC se modificó en julio de 2015 con el propósito de adaptarse a las recomendaciones de la OIT.⁸

La informalidad se presenta entre los trabajadores independientes y empleadores (se los define como informales si la firma o el cuentapropista no tiene RUC), entre los asalariados (definidos como informales los trabajadores no registrados ya sea que trabajen para empleadores formales o informales o en hogares, las trabajadoras del hogar) y los trabajadores familiares auxiliares (básicamente familiares sin contrato de trabajo que trabajan en empresas formales o informales).

En relación a esta taxonomía de la informalidad, la tabla correspondiente al Cuadro A1 del informe citado de la OIT se adjunta como Anexo N° 8: Matriz N° 1. Un marco conceptual para la economía informal.

⁷ Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), portal web: www.iesgob.ec

⁸ Organización Internacional del Trabajo, “Informe VI: El trabajo decente y la economía informal”, Conferencia Internacional del Trabajo: Reunión 90ª, 2002, <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/rep-vi.pdf>

De acuerdo a la definición actual de informalidad que emplea el INEC los registros de informalidad comparables pueden remontarse a 2007, en coincidencia con la implementación de la nueva metodología de la Encuesta de hogares Enemdu que comenzó a aplicarse ese mismo año. En la siguiente tabla se muestran los registros oficiales de informalidad:

Tabla N° 4. Tasa de Informalidad. 2007-2014

En porcentajes de la PEA

12-2007	45,1%
12-2008	43,8%
12-2009	43,5%
12-2010	42,8%
12-2011	42,7%
12-2012	40,8%
12-2013	40,1%
12-2014	39,7%
06-2015	39,3%

Fuente: INEC, ENEMDU.

Señales de progreso

Campañas de formalización del empleo no registrado llevadas a cabo por el Estado

En el año 2011, se aprobó por consulta popular una normativa inédita que le da un tratamiento penal a los empleadores que no registran a sus trabajadores. La no regularización de los asalariados pasó a ser un delito tipificado en el Código Orgánico Integral Penal (COIP). Las penas son progresivas y pueden elevarse hasta 6 meses de prisión efectiva. El resultado de la implementación de la normativa fue notable ya que el número de afiliados aumentó desde el 19% de los trabajadores afiliados hasta el 35% entre los años 2007-2014.

La no afiliación de las trabajadoras del hogar también está penalizada en el COIP. El Ministerio del Trabajo realizó dos campañas: “Trabajo Doméstico Digno” en el 2010 y “Trabajo Digno” en 2011. Se hicieron inspecciones directas en las viviendas de barrios seleccionados a fin de verificar el cumplimiento de los derechos laborales de las trabajadoras domésticas y promover la registración de las trabajadoras del hogar. La implementación de esta normativa se acompañó de una extensa tarea educativa focalizada en los barrios más pudientes donde se generan puestos de trabajo para trabajadoras del hogar. La campaña procuró concientizar a los empleadores sobre la nueva normativa para incentivar su cumplimiento y logró una afiliación de aproximadamente la mitad de las trabajadoras del hogar. El salario de las trabajadoras del hogar es igual al salario mínimo, iniciativa que resultó galardonada por la Organización Internacional de Trabajo (OIT).

Acceso a la información y participación ciudadana

Reglamentación existente y tipo de control de la aplicación de medidas preventivas en riesgos profesionales y salud ocupacional.

El 10 de noviembre del 2011, el Consejo Directivo del IESS, mediante Resolución N° C.D. 390 expidió el nuevo Reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo, cuyos objetivos son:

- Armonizar las normas legales vigentes: Constitución de la República, Convenios Internacionales, Leyes, Decretos y Acuerdos vigentes.
- Ampliar la cobertura y beneficios de este seguro, incorporando población sin relación de dependencia y de trabajo parcial; re-liquidación de las prestaciones en caso de agravamiento.
- Sistematizar y racionalizar el proceso de concesión de prestaciones y los servicios de prevención, definiendo claramente condiciones de concesión de prestaciones.

- Establecer procesos de evaluación de gestión, de prevención de riesgos del trabajo en la organizaciones públicas y privadas, mediante índices predeterminados aplicando normas nacionales e internacionales; determina los elementos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Actualizar listado de enfermedades profesionales.
- Definir competencias y atribuciones de la Comisión Nacional de Prevención y de las Comisiones Valuadoras de Incapacidades.
- Incorporar la participación activa de empleadores y trabajadores en calidad de veedores del funcionamiento tanto de la Comisión Nacional de Prevención como de las Comisiones de Valuación de Incapacidades.

Total de accidentes de trabajo reportados por jurisdicción y por rama de actividad.

De acuerdo con información del IESS, se estima que a diciembre del 2014 en el Ecuador existe un subregistro en accidentes de trabajo del 87%; y en enfermedades ocupacionales el subregistro es del 99%. Ver Anexo N° 9: Tabla N° 1. Número de accidentes de trabajo reportados por rama de actividad.

Acceso a la justicia

Existencia de organismos estatales de control y fiscalización de las entidades encargadas de fondos de capitalización individual por entidades privadas

El régimen de Seguridad Social público no contempla fondos de capitalización individual manejados por entidades privadas, existen fondos de ahorro previsional y que están reglados y controlados por la Superintendencia de Compañías.

Existencia de organismos estatales de control y fiscalización de entidades privadas encargadas de fondos de salud y/o accidentes/riesgos de trabajo.

En el Ecuador existen las Unidades Médicas Prestadoras de Salud (UMPS) que se constituyen como personas jurídicas que administran programas de seguros complementarios de propiedad privada, pública o mixta y se encuentran controladas por los siguientes organismos:

- **Sistema Público de Seguros:** La Superintendencia de Bancos aporta a la sociedad como ente de control del Sistema Financiero de Seguros y Seguridad Social.
La Intendencia Nacional de Seguridad Social, tiene como principal propósito proteger los aportes y velar por el buen uso de los recursos que los ciudadanos entregan a la seguridad social, mediante la emisión de normas, regulaciones y la aplicación irrestricta de la Ley de Seguridad Social, en un proceso permanente de supervisión y control de las entidades que forman el Sistema.
- **Sistema Privado de Seguros:** La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a través de fortalecer la acción de control, seguimiento y vigilancia de los entes del sector societario y del mercado de valores con mecanismos de gestión institucional.
La Superintendencia de Compañías y Valores asumió la competencia en el área de seguros el 14 de septiembre de 2015, con fundamento en el Código Orgánico Monetario y Financiero (COMF) que dispone a la Institución ejercer la vigilancia, auditoría, intervención, control y supervisión del régimen de seguros, dentro de un año contado desde la promulgación del COMF.
Las personas y entidades del sistema de seguros privados deberán presentar los mismos reportes que actualmente remiten a la Superintendencia de Bancos, sin variación alguna hasta nueva instrucción.

Por su parte, el IESS al estar sujeto a las normas del derecho público, se encuentra controlado por los siguientes organismos:

- Superintendencia de Bancos: Controla que las actividades económicas u los servicios que brinden las instituciones públicas de seguridad social, atiendan al interés general y se sujeten a las normas vigentes.
- Contraloría General del Estado: Ejerce el control sobre los recursos de las entidades públicas integrantes del Sistema Nacional de Seguridad Social.

- Consejo de Participación Ciudadana y Control Social: Impulsa y establece los mecanismos de control social en los asuntos de interés público y rendición de cuentas de las instituciones y entidades del sector público.
- Asamblea Nacional: Fiscaliza los actos de las funciones Ejecutiva, Electoral y de Transparencia y Control Social y los otros órganos de poder público y requieren a los servidores públicos las informaciones que consideren necesarias.

Señales de progreso

Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de sus derechos en relación con la seguridad social. Cobertura de los servicios de traducción en lenguas indígenas.

Las especificidades y cobertura de los medios que utiliza el IESS para la divulgación de los temas referentes a la seguridad social, por mandato constitucional⁹, deben ser realizados en la lengua propia y con los símbolos del grupo o colectivo al cual se ha enfocado, procurando incluso el uso de spots publicitarios producidos en lengua quichua de ser el caso y bajo el lenguaje de señas para las personas con discapacidad auditiva.¹⁰

Indicadores de Resultados

Recepción del derecho

Tasa de población económicamente activa por sexo, edad, nivel educativo y quintiles de ingresos.

Ver Anexo N° 10. Tabla N° 1. Tasa de población económicamente activa por ubicación geográfica, sexo, edad, nivel educativo y quintiles de ingresos.

Población cubierta por una pensión o jubilación por grupo de edad, sexo y quintiles de ingresos.

Ver Anexo N° 11. Tabla N° 1. Población cubierta por una pensión o jubilación por sexo y nivel educativo.

Porcentaje de población asegurada a un régimen contributivo, por sexo, edad y quintiles de ingresos.

El porcentaje de personas afiliadas a la seguridad social contributiva del IESS (SGO, Seguro Voluntario y SSC), ISSFA e ISSPOL, respecto de la población económicamente activa (PEA) mayor a 15 años de edad, se detalla en el Anexo N° 12: Tabla 1. Porcentaje de población asegurada a un régimen contributivo, por sexo, quintiles de ingreso y edad.

Número de afiliados cotizantes al sistema de pensiones por sexo, edad y quintiles de ingresos.

El número de afiliados cotizantes al SGO del IESS, se divide en tres modalidades de afiliación; la primera muestra las personas afiliadas al trabajo no remunerado del hogar (semi contributivo), la segunda a los trabajadores en relación de dependencia, sean públicos o privados y la tercera a las personas sin relación de dependencia como personas voluntarias, independientes y ecuatorianos domiciliados en el exterior.

Ver Anexo N° 13:

- Tabla N° 1. Número de afiliados activos al Seguro General Obligatorio por provincia, relación de trabajo y sexo.

⁹ Constitución de la República del Ecuador, artículo 16, numeral 1.

¹⁰ Ibíd., artículo 47, numeral 11.

- Tabla N° 2. Número de afiliados activos al Seguro Social Campesino por provincia y sexo.

Total de subsidios al desempleo a personas no afiliadas a los sistemas contributivos.

La Ley Orgánica para la Promoción del Trabajo Juvenil, Regulación Excepcional de la Jornada de Trabajo, Cesantía y Seguro de Desempleo publicada en el Registro Oficial N° 720 de 28 de marzo de 2016, contempla el Seguro de Desempleo como “la prestación económica que protege a los afiliados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, bajo relación de dependencia por la pérdida de ingresos generada por un cese temporal de actividades productivas por causas ajenas a su voluntad y se regirá por los principios de obligatoriedad, suficiencia, integración, solidaridad y subsidiariedad”.

Para acceder a la prestación de Seguro de Desempleo, la persona afiliada deberá cumplir los siguientes requisitos en cada evento de desempleo:

- a) Acreditar 24 aportaciones acumuladas y no simultáneas en relación de dependencia, de las cuales al menos 6 deberán ser continuas e inmediatamente anteriores a la contingencia;
- b) Encontrarse en situación de desempleo por un período no menor a 60 días;
- c) Realizar la solicitud para el pago de la prestación a partir del día 61 de encontrarse desempleado, y hasta en un plazo máximo de 45 días posteriores al plazo establecido en este literal; y,
- d) No ser jubilado.

El pago de la prestación por el seguro de desempleo terminará en los siguientes casos:

- a) Cuando el afiliado ejerza nuevamente una actividad productiva que genere ingresos económicos;
- b) Cuando se cumpla el período máximo de duración de la prestación (cinco pagos mensuales);
- c) Cuando se determinen hechos fraudulentos conforme a la ley; o,
- d) Cuando se produjera la muerte de su titular.

En el caso de no haberse acogido al seguro de desempleo, la persona afiliada podrá solicitar el retiro de los fondos de cesantía acumulados, para lo cual, debe tener al menos 24 aportaciones mensuales no simultáneas en el IESS y encontrarse cesante por un período de al menos 60 días.

Igualdad y no discriminación

Población pensionada (jubilada) por sexo, edad, nivel, educativo y por jurisdicciones

Ver Anexo N° 14:

- Tabla N° 1. Población pensionada perteneciente al Seguro General.
- Tabla N° 2. Población pensionada perteneciente al SSC.
- Tabla N° 3. Población pensionada por Riesgos del Trabajo.

Porcentaje de trabajadores y trabajadoras rurales con cobertura de seguridad social

Ver Anexo N° 15: Tabla N° 1. Número de afiliados rurales por provincia y género.

Derecho a la Salud

Indicadores estructurales

Recepción del derecho

Ratificación del Estado de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud

i. PIDESC y Protocolo Facultativo

El Ecuador suscribió el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el 29 de septiembre 1967 y lo ratificó el 6 de marzo de 1979, y el Protocolo Facultativo fue suscrito el 24 de septiembre de 2009 y ratificado el 11 de junio de 2010.

ii. CEDAW y Protocolo Facultativo

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), fue firmada por el Ecuador el 17 de julio de 1980 y ratificada el 9 de noviembre de 1981. Su Protocolo Facultativo fue firmado el 10 de diciembre de 1999 y ratificado el 05 de febrero de 2002.

iii. CDN

El Ecuador forma parte de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) desde el 26 de enero de 1990 y su ratificación la realizó el 23 de marzo de 1990 y entró en vigor desde el 2 de septiembre de 1990.

iv. CIEDR

El Ecuador se adhirió a la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CIEDR), el 22 de septiembre de 1966. El instrumento entró en vigor el 4 de enero de 1969.

v. Convenios de la OIT

Ver Anexo N° 16:

- Tabla N° 1. Convenios fundamentales.
- Tabla N° 2. Convenios técnicos.

vi. Convención sobre el estatuto de Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967

El Ecuador se adhirió a la Convención sobre el estatuto de Refugiados de 1951, el 17 de agosto 1955, y a su Protocolo de 1967, el 6 de marzo de 1969.

vii. Convención sobre el Estatuto de los apátridas de 1954

El Ecuador suscribió la Convención sobre el Estatuto de los apátridas de 1954, 28 de septiembre de 1954 y la ratificó el 2 de octubre de 1970.

viii. Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

El Ecuador se adhirió a la Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad, el 1 de marzo de 2004 y la ratificó el 18 de marzo de 2004.

ix. Convención Internacional sobre la protección de todos los trabajadores migrantes y sus familias.

El Ecuador se adhirió a la Convención Internacional sobre la protección de todos los trabajadores migrantes y sus familias, el 5 de febrero de 2002.

x. Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

El Ecuador adoptó la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, el 13 de septiembre de 2007.

Incorporación en la Constitución de la República del derecho a la salud

El artículo 3, numeral 1 de la CRE, determina como un deber fundamental del Estado: “Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes”.

De la misma manera, establece en el artículo 11, los principios fundamentales para el goce y pleno ejercicio de los derechos humanos.

En particular, en la CRE se garantiza la universalidad de la salud, el respeto a la medicina ancestral y organiza a este sector a partir del Sistema Nacional de Salud, lo que se recoge en los siguientes artículos:

- Artículo 32.- [Derecho a la salud]
- Artículo 35.- [Atención a grupos de atención prioritaria]
- Artículo 66.- [Derechos de libertad]
- Artículo 261.- [Competencia exclusiva del Estado central]
- Artículo 264.- [Competencia exclusiva de los gobiernos municipales]
- Artículo 340.- [Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social]
- Artículo 341.- [Protección Integral a los habitantes del Estado]
- Artículo 358.- [Sistema Nacional de Salud]
- Artículo 359.- [Ámbito del sistema Nacional de Salud]
- Artículo 360.- [Red pública integral de salud]
- Artículo 361.- [Autoridad sanitaria nacional]
- Artículo 362.- [Servicios públicos estatales de salud]
- Artículo 363.- [Responsabilidades del Estado]
- Artículo 365.- [Atención de emergencia]
- Artículo 366.- [Financiamiento público de la salud]
- Artículo 417.- [Sujeción a la Constitución de los tratados e instrumentos internacionales]

Legislación específica que contempla el derecho a la salud

- Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, publicado mediante Registro Oficial Suplemento 78 de 11 de septiembre de 2013, última reforma de 13 de julio de 2015.
- Ley Orgánica de Salud, publicada mediante Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma 24 de enero de 2012.
- Reglamento a la Ley Orgánica de Salud, publicado a través de Registro Oficial 457 de 30 de octubre de 2008, última reforma de 08 de mayo de 2012.
- Ley Orgánica de Discapacidades, publicada a través de Registro Oficial Suplemento 796 de 25 de septiembre de 2012, última reforma de 29 de diciembre de 2014.
- Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades, publicado en Registro Oficial Suplemento 145 de 17 de diciembre de 2013, última reforma de 31 de diciembre de 2014.
- Ley Orgánica de Defensa del Consumidor, publicada en Registro Oficial Suplemento 116 de 10 de julio de 2000, última reforma 16 de enero de 2015. (Ley especialmente aplicable en cuanto a alimentación y medicamentos).
- Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia, publicado mediante Registro Oficial 737 de 03 de enero de 2003, última reforma 07 de julio de 2014.
- Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria, publicada en Registro Oficial Suplemento 583 de 05 de mayo de 2009, última reforma 27 de diciembre de 2010. (Ley que garantiza alimentación suficiente y adecuada para cada persona).
- Ley de prevención, protección y atención de la diabetes, publicada en Registro Oficial 290 de 11 de marzo de 2004.

- Ley del Deporte, Educación Física y Recreación, publicada en Registro Oficial Suplemento 255 de 11 de agosto de 2010, última reforma 20 de febrero de 2015. (Derecho a una vida saludable).
- Ley de derechos y amparo al paciente, publicada en Registro Oficial Suplemento 626 de 03 de febrero de 1995, última reforma 22 de diciembre de 2006.

Leyes que garantizan el derecho de los profesionales de la salud y de los pacientes en aspectos específicos:

- Ley de escalafón de médicos, publicado en Registro Oficial 984 de 22 de julio de 1992, última reforma 06 de octubre de 2010.
- Ley que garantiza el programa ampliado de inmunización, publicada en Registro Oficial 142 de 01 de septiembre de 1997, última reforma 07 de febrero de 2002.
- Ley de prevención parasitaria y desparasitación intestinal infantil, publicada en Registro Oficial 491 de 01 de agosto de 1986.
- Ley del anciano, publicada en Registro Oficial 376 de 13 de octubre de 2006, última reforma 29 de diciembre de 2014.
- Ley contra la violencia a la mujer y a la familia, publicada en Registro Oficial 839 de 11 de diciembre de 1995, última reforma 10 de febrero de 2014.

Normativa suplementaria:

- Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud de 2012.
- Manual del modelo de atención de salud aprobado mediante Acuerdo Ministerial No. 1162 de 08 de diciembre de 2012.
- Convenio marco interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional para integrar la Red Pública Integral de Salud, No. 0000011 de 10 de abril de 2012.
- Lineamientos Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, publicados en Registro Oficial Suplemento 348 de 06 de agosto de 2015.
- Guía de Prevención y control de la transmisión materno infantil del HIV y sífilis congénita para la atención integral de niños, niñas y adolescentes (NNA) aprobada por Acuerdo Ministerial No. 2321 de 2013.
- Norma técnica para la derivación y financiamiento de cobertura internacional aprobada mediante Acuerdo Ministerial No. 00004194 de 03 de septiembre de 2013.
- Otras guías y normas especializadas.

Señales de progreso

Número y características de organizaciones de la sociedad civil reconocidas que participan en la promoción y la protección del derecho a la salud.

Las organizaciones, fundaciones y asociaciones que se encuentran registradas en el Ministerio de Salud Pública (MSP) son 1.340, estas se caracterizan por la amplia diversidad; existen colegios de profesionales, representación de la academia, organizaciones agrupadas por alguna enfermedad o padecimiento, hombres y mujeres de sabiduría, hombres y mujeres que practican medicina alternativa, fundaciones de fortalecimiento a la salud desde varios enfoques, organizaciones con acciones directas sobre la promoción de la salud.

Respecto a la participación de organizaciones de la sociedad civil, es importante hacer referencia al *Decreto Ejecutivo N° 656 de 13 de abril de 2015*¹¹, a través del cual, se establece la conformación y participación de

¹¹ Anexo N° 17.

Consejos Ciudadanos Sectoriales. En este sentido, en el sector Salud interviene de forma activa el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud.¹²

Reconocimiento de sistemas de salud indígena

El Estado ecuatoriano a través de los artículos innumerados 32, 57, 275, 360, 361, 362 y 363 de la CRE, en armonía con el objetivo 3 de mejoramiento de la calidad de vida del Plan Nacional para el Buen Vivir, reconoce a los sistemas de salud indígena.

Asimismo, el artículo 6, numeral 36 de la Ley Orgánica de Salud establece las políticas para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa; así como la investigación, para su buena práctica.

En este punto es importante, hacer referencia a la Norma Técnica de Articulación de Prácticas y Saberes de Parteras Ancestrales en el Sistema Nacional de Salud, que reconoce la labor realizada por las parteras ancestrales en base a parámetros contruidos colectivamente desde las comunidades.

Capacidades estatales

Incorporación en documentos oficiales (política pública) el concepto básico de atención primaria de salud integral y universal.

El MSP cuenta con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS – FCI), que incorpora los aspectos fundamentales referentes a la atención primaria de salud integral y universal, establecidos en la CRE, el Plan Nacional del Buen Vivir, la Ley Orgánica de Salud y demás herramientas legales vigentes que rigen el sector salud.

Además, el concepto de atención primaria de salud se encuentra integrado e implementado en los siguientes documentos:

- Modelo de Atención Integral de Salud, marco conceptual, páginas 39-50.
- Lineamientos operativos para implementar el Modelo de Atención Integral y funcionamiento en Redes, objetivo general, enfoque sustentado en APS, páginas 7-9.
- Todas las Guías de Práctica Clínica, oficiales del MSP, metodología incluye la visión de APS.
- Plan estratégico de Salud Mental.
- Plan estratégico de Cuidados Paliativos.
- Plan estratégico de garantía de la calidad de la provisión de servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud.
- Plan estratégico de provisión de sangre y hemoderivados.
- Plan estratégico de talento humano en salud.
- Plan estratégico de salud sexual y reproductiva.

Características, extensión, montos y gestión de asistencia técnica y financiera internacional en el área de salud.

Características y extensión:

La Derivación Internacional es un servicio orientado a pacientes con enfermedades catastróficas y de alta complejidad y se contemplan dos tipos de extensión o cobertura¹³:

¹² Anexo N° 18.

¹³ Norma Técnica para la Derivación y Financiamiento de Cobertura Internacional para la Atención Integral de Salud de Usuarios con enfermedades catastróficas, (Ecuador: Septiembre 2013)

1. Pacientes MSP.- Aprobados por el Comité de Gestión de Pacientes con enfermedades catastróficas a quienes se les brinda la atención integral en tratamiento médico, ayudas económicas y boletos aéreos al paciente y un acompañante.
2. Pacientes IESS.- Aprobados por el Comité de Gestión de Pacientes con enfermedades catastróficas a los cuales el MSP apoya con ayudas económicas y boletos aéreos para el paciente y un acompañante.

Tabla N° 5. Gestión Pacientes Internacionales de enero a noviembre 2015

Internacionales	Cantidad pacientes	Montos Cancelados
Gestión pacientes MSP	19	\$ 1.033.788,18
Gestión pacientes IESS	52	\$ 281.148,20
Total	71	\$ 1.314.936,38

Elaborado por: Dirección Nacional de articulación de la Red pública y complementaria de Salud (diciembre, 2015)

Fuente: Matriz Gestión Pacientes Internacionales (noviembre 2015)

Igualdad y no discriminación

Regulación del aborto

- Constitución de la República del Ecuador:
 - Artículo 32.- [Derecho a la salud]
 - Artículo 43.- [Derechos de las mujeres embarazadas]
 - Artículo 45.- [Derecho a la integridad física y psíquica; derecho a la vida desde la concepción]
 - Artículo 66.- [Derechos de libertad], numerales 1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 19 y 20.
 - Artículo 347.- [Responsabilidades del Estado], numerales 4 y 6
 - Artículo 362.- [Servicios públicos estatales de salud]
- Ley Orgánica de Salud del Ecuador:
 - Artículo 3.- [Derecho a la salud]
 - Artículo 6.- [Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública], numerales 6 y 7.
 - Artículo 7.- [Acceso a la salud]
 - Artículo 20.- [Políticas y programas de salud sexual y reproductiva]
 - Artículo 21.- [Problemas de salud pública]
 - Artículo 22.- [Servicios de salud públicos y privados]
 - Artículo 23.- [Programas y servicios de planificación familiar]
 - Artículo 26.- [Sistema Nacional de Salud]
 - Artículo 29.- Esta Ley, faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 447 del Código Penal. Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención.
- Código Orgánico Integral Penal:
 - Artículo 147.- [Aborto con muerte].- Cuando los medios empleados con el fin de hacer abortar a una mujer causen la muerte de esta, la persona que los haya aplicado o indicado con dicho fin, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años, si la mujer ha consentido en el aborto; y, con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años, si ella no lo ha consentido.
 - Artículo 148.- [Aborto no consentido].- La persona que haga abortar a una mujer que no ha consentido en ello, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. Si los medios empleados no han tenido efecto, se sancionará como tentativa.

- Artículo 149.- [Aborto consentido].- La persona que haga abortar a una mujer que ha consentido en ello, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. La mujer que cause su aborto o permita que otro se lo cause, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a dos años.
 - El Artículo 150.- [Aborto no punible].- El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:
 1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
 2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.
- En el año 2008 se emite la Norma y Protocolo Materno, que indica un protocolo y manejo de aborto en curso o inevitable, incompleto, completo y diferido, un flujograma de manejo y toma de decisiones frente a los casos de aborto.
 - En el año 2013 se aprueba la Guía de práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontaneo, diferido y recurrente, con el objetivo de presentar la mejor evidencia médica disponible para proveer una aproximación razonable al diagnóstico, evaluación y tratamiento del aborto incompleto, diferido y recurrente que contribuye en forma temprana y adecuada a disminuir la mortalidad materna y perinatal, vinculada a estas circunstancias.
 - En el año 2014 se aprueba, mediante Acuerdo Ministerial Nro. 5195, la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico. La Dirección Nacional de Promoción de la Salud y la Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión llevan a cabo la capacitación para el fortalecimiento de conocimientos en los profesionales de salud de 197 establecimientos de salud, hasta el momento se han capacitado a 5 establecimientos de salud como parte de la primera fase del proceso de implementación de la Guía y para el año 2016 se pretende cubrir el resto de establecimientos de salud dentro de las categorías de Hospitales Generales, Hospitales básicos y Centros de Salud tipo C.

Ley o política nacional para las personas con discapacidad física y mental

El artículo 11 numeral 2 de la CRE, establece que nadie podrá ser discriminado entre otras razones por motivos de discapacidad, además el Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real a favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

El artículo 47 del mismo cuerpo legal establece que el Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social, reconociendo sus derechos, como el derecho a la atención especializada, a la rehabilitación integral y la asistencia permanente, a las rebajas en servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos, a exenciones en el régimen tributario, al trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, a una vivienda adecuada, a una educación especializada, a atención psicológica, al acceso adecuado a bienes, servicios, medios, mecanismos y formas alternativas de comunicación, entre otros.

De la misma manera, el artículo 48 determina que el Estado adoptará medidas que aseguren la inclusión social, la obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias, el desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso, la participación política, el incentivo y apoyo para proyectos productivos y la garantía del ejercicio de plenos derechos de las personas con discapacidad.

Asimismo, el artículo 133 numeral 2 señala que serán orgánicas aquellas leyes que regulan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales.

Adicionalmente es importante hacer referencia a la Ley Orgánica de Discapacidades¹⁴, que en su artículo 19, establece que: “El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural. [...]”

Ley o política nacional de salud considerando la diversidad étnica (indígenas, afrodescendientes)

- Revisar ítem relativo al reconocimiento de sistemas de salud indígena.
- Decreto Ejecutivo N° 60, Plan Plurinacional para la eliminación de la discriminación racial y la exclusión étnica y cultural.

Ley de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos

- CRE, artículo 32.- [Derecho a la salud].
- Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de 2007.
- Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2016 – 2020.

Acceso a información pública y participación

Normas y regulaciones de protección del Estado sobre la confidencialidad de la información personal de salud.

La CRE menciona el manejo de la confidencialidad, en los siguientes artículos:

Artículo 362.- [Servicios públicos estatales de salud].- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Artículo 40.- [Derecho a migrar].- Se reconoce a las personas el derecho a migrar. No se identificará ni se considerará a ningún ser humano como ilegal por su condición migratoria.

El Estado, a través de las entidades correspondientes, desarrollará entre otras las siguientes acciones para el ejercicio de los derechos de las personas ecuatorianas en el exterior, cualquiera sea su condición migratoria:

Numeral 5. Mantendrá la confidencialidad de los datos de carácter personal que se encuentren en los archivos de las instituciones del Ecuador en el exterior.

La Ley de Derechos y Amparo al Paciente, respecto a la confidencialidad de la información personal de salud, menciona en el artículo 4 que: “Todo paciente tiene derecho a que la consulta, exámenes, diagnóstico, tratamiento y cualquier otro tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial”.

Al respecto, la Ley de VIH/SIDA expedida en el año 2000, establece lo que sigue:

Artículo 1.- Se declara de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) para lo cual el Estado fortalecerá la prevención de la enfermedad; garantizará una adecuada vigilancia epidemiológica; y, facilitará el tratamiento a las personas afectadas por el VIH: asegurará el diagnóstico en bancos de sangre y laboratorios, precautelar los derechos, el respeto, la no-marginación y la confidencialidad de los datos de las personas afectadas con el virus de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH).

Artículo 6.- Los casos diagnosticados de VIH/SIDA deberán ser obligatoriamente notificados al Ministerio de Salud Pública y los casos de fallecimiento por esta causa serán notificados en un plazo no mayor de quince días desde

¹⁴ Anexo N° 19.

que fue conocido el hecho. Los médicos e instituciones de salud encargados de notificar guardarán con estricto cuidado la confidencialidad prevista en el artículo 1 de esta ley.

La Guía Nacional de Consejería de VIH/SIDA, expedida en el año 2011 mediante Acuerdo Ministerial Nro. 465 define a la *confidencialidad* como “lo que se hace o dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas”. Todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con el paciente, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto. La salvaguarda de la confidencialidad es un deber de la institución, responsable de garantizar la protección de los datos frente a un mal uso o acceso injustificado a los mismos. En el entorno de la consejería significa que toda la información revelada por el usuario es absolutamente confidencial y no podrá obtenerse ni darse a conocer sin que previamente exista el consentimiento informado, expreso y libre del usuario/a, excepto en el caso de orden de un juez u otro operador de justicia.

Adicionalmente el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Normatización cuenta con el Reglamento para el manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud, firmado el 31 de diciembre de 2014. Documento que corresponde al 100% de normas y regulaciones de protección del Estado sobre la confidencialidad de la información personal de salud, y que constituye un aporte significativo al respeto integral de los derechos de los pacientes.

Disposiciones y/o legislación que requieran el consentimiento de la persona para aceptar o rechazar un tratamiento.

- Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial. Documento que corresponde al 100% de las disposiciones legales que requieren el consentimiento de la persona para aceptar o rechazar un tratamiento de salud.
- La Guía Nacional de Consejería de VIH/SIDA, define el consentimiento informado escrito como el hecho y el acto por el que el usuario/a acepta voluntariamente hacerse la prueba, una vez que ha sido informado adecuadamente sobre el VIH/SIDA e ITS, sus derechos e implicaciones.

Acceso a la justicia

Existencia de servicios jurídicos gratuitos e integrales de protección del derecho a la salud.

El artículo 191 de la CRE, establece que la Defensoría Pública es un órgano autónomo de la Función Judicial cuyo fin es garantizar el pleno e igual acceso a la justicia de las personas que, por su estado de indefensión o condición económica, social o cultural, no puedan contratar los servicios de defensa legal para la protección de sus derechos.

La Defensoría Pública prestará un servicio legal, técnico, oportuno, eficiente, eficaz y gratuito, en el patrocinio y asesoría jurídica de los derechos de las personas, en todas las materias e instancias.

Adicionalmente, el artículo 193 de la Constitución, establece que las facultades de Jurisprudencia, Derecho o Ciencias Jurídicas de las universidades, organizarán y mantendrán servicios de defensa y asesoría jurídica a personas de escasos recursos económicos y grupos que requieran atención prioritaria.

En este marco, el Ecuador cuenta con 775 defensores públicos. Igualmente, la Defensoría Pública trabaja con 10 consultorios jurídicos gratuitos.¹⁵

¹⁵ Defensoría Pública del Ecuador. Portal electrónico institucional: <http://www.defensoria.gob.ec/>. Consulta: 15 de diciembre de 2015.

Existencia de oficinas públicas de mediación o conciliación para resolver cuestiones vinculadas con salud.

El Consejo de la Judicatura ha registrado 63 centros de mediación a nivel nacional, 14 de ellos son centro públicos y 49 centros privados.

El Consejo de la Judicatura cuenta con 89 oficinas del Centro de Mediación de la Función Judicial que presta servicio en las 24 provincias del Ecuador.

No se han registrado casos vinculados con el derecho a la salud pero podrían ser atendidos de tratarse de aspectos transigibles.

Aplicación de garantías procesales en los procedimientos judiciales en materia de salud: i) independencia e imparcialidad del tribunal; ii) plazo razonable; iii) igualdad de armas; v) vías recursivas de sentencias en instancias superiores.

La CRE establece a partir del artículo 75 al 82 los derechos de protección, entre los que constan la independencia e imparcialidad del tribunal (Art. 76, numeral 7, literal k); Plazo razonable (Art. 75 acceso a justicia expedita, con sujeción a los principios de inmediación y celeridad); Igualdad de armas (Art. 76 numeral 7); Vías recursivas de sentencias en instancias superiores (Art. 76 numeral 7, literal m).

Indicadores de procesos

Cobertura y jurisdicción de programas que otorgan prioridad a sectores vulnerables para servicios de salud.

La provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario. La estructuración de la oferta de servicios públicos y privados se fundamenta en el perfil epidemiológico del país, las necesidades de acuerdo al ciclo de vida, la priorización de condiciones y problemas de salud considerando criterios como la evitabilidad y equidad, así como las necesidades específicas que devienen del análisis de género e intercultural.

La Autoridad Sanitaria Nacional define el conjunto de prestaciones integrales de salud (considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona, integrando las acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos), así como las prioridades nacionales de intervención, que deben ser implementadas por las unidades y equipos de salud de la red pública y complementaria, bajo los lineamientos, normas y protocolos construidos participativamente bajo el liderazgo de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN).

Grupos de atención prioritaria:

La CRE en el artículo 35 establece que las personas y grupos de atención prioritaria: adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, quienes recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados.

Personas y familias en las que alguno de sus miembros tiene problemas de salud en fase terminal y requieren cuidados paliativos, el equipo de salud tiene la responsabilidad de brindar atención permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos tanto a la persona como a la familia.

El Ministerio de Salud Pública brinda atención a estos grupos a través de estrategias integrales e integradas de atención con la Red Pública y Complementaria que en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) se incorporan de manera transversal.

Para lograr integralidad en la atención y prestaciones de salud es fundamental, el MAIS- FCI reconoce las prestaciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, acorde a las necesidades específicas de los grupos poblacionales, en aplicación de las normas y protocolos definidos por el Ministerio de Salud Pública. Las tablas de prestaciones elaboradas por la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública del MSP, se adjuntan en el Anexo N° 20: Conjunto de prestaciones por ciclos de vida.

Disponibilidad de registros para conocer número de nacimientos, defunciones, matrimonios.

Matrimonios: Se registraron 60.328 en 2014.

Defunciones: Se registraron 62.981 en 2014. Esta información corresponde a los datos de defunciones oportunas. A partir del año 2014, se registran las defunciones tardías, entendiéndose a aquellas que ocurren en el año de investigación pero se registran en periodos subsiguientes.

Nacimientos: Se registraron 229.476 en 2014. Esta información corresponde a los datos de nacimientos oportunos que corresponden a los nacimientos ocurridos e inscritos en el año de investigación 2014.

Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios

Porcentaje del Gasto Público Social destinado a salud

Ver Anexo N° 21:

- Tabla N° 1. Presupuesto devengado por tipo.
- Tabla N° 2. Presupuesto devengado por tipología.

Gasto familiar en salud como proporción del ingreso familiar corriente

Ver Anexo N° 22:

Tabla N° 1. Gasto familiar en salud como proporción del ingreso familiar corriente.

Porcentaje de recursos destinados a la capacitación de recursos humanos en salud

En el Marco del Nuevo Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se inscriben objetivos estratégicos para lograr cambios profundos en el sector salud. A través de la Dirección Nacional de Talento Humano, se establece la implementación de programas de capacitación de desarrollo profesional, buscando crear un impacto positivo en la productividad del ser humano y su desempeño, por lo cual es preciso actualizar permanentemente los conocimientos adquiridos mediante la capacitación, con la finalidad de aportar de manera efectiva en el mejoramiento de la Gestión Institucional.

Con el objetivo de incrementar las capacidades y competencias del Talento Humano, es necesario entender que la capacitación es un proceso clave en la administración y desarrollo del talento humano en las instituciones de salud, por lo que las iniciativas relacionadas deben ser canalizadas para mejorar las competencias del personal y lograr la eficiencia de la institución y de esta manera todas los esfuerzos se canalicen para aportar el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública.

Según matrices enviadas cada mes por parte de las Coordinaciones Zonales, se determina el número de servidores y/o trabajadores capacitados a nivel nacional, que se describen en el Anexo N° 23:

Tabla N° 1. Número de servidores capacitados a nivel nacional.

Tabla N° 2. Número de beneficiarios y total del presupuesto respecto de la Planta Central y a Nivel Nacional.

Capacidades estatales

Porcentaje de servicios de salud de responsabilidad pública subcontractados a compañías privadas u otro tipo de efector

Tabla N° 6. Porcentaje de derivaciones en relación a referencias totales de enero a agosto de 2015

Concepto	Porcentaje enero – agosto de 2015
Derivaciones red privada complementaria	7%

Elaborado por: Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud (agosto 2015)

Referencias MSP I nivel: Fuente Dirección Nacional de primer nivel de atención en salud-información de enero a agosto 2015.

Referencias MSP II y III nivel: Fuente Sistema Gobierno por Resultados (GPR) de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud-Dirección Nacional de hospitales año 2015.

Derivaciones: Fuente matriz gestión de pacientes nacionales de enero a agosto 2015

Disparidades público-privadas significativas en el gasto y cobertura en salud.

Tabla N° 7. Mayor compra servicios a la RPIS y RPC del Ministerio de Salud Pública

1. Servicio diálisis/hemodiálisis
2. Servicio tratamiento integral del cáncer
3. Servicio de hospitalización -Unidad de cuidados intensivos
4. Servicio de hospitalización- Unidad de cuidados intensivos neonatal

Elaborado por: Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud

Fuente: Matriz Registro Archivo Control

Cantidad de Médicos/as por habitantes.

Cantidad de enfermeras/os por habitantes.

Tabla N° 8. Número de profesionales médicos

Años	Número de profesionales médicos*					
	Médicas/os	Odontólogas/os	Psicólogas/os	Enfermeras/os	Obstétrices	Aux. de Enfermería
2013	26.000	4.162	981	15.776	2.120	18.466

Fuente: INEC. Recursos y actividades de salud (2013)

Nota*: Incluye médicos que trabajan en tiempo ocasional o de llamada

Cantidad de partos atendidos por profesionales.

Ver Anexo N° 24:

Tabla N° 1. Nacidos vivos por tipo de asistencia en el parto y áreas, según regiones de residencia. Año 2014.

Señales de progreso

Existencia de planes/políticas para fortalecer la adaptabilidad cultural de los servicios de salud bajo un enfoque de derechos y étnico

- Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural.
- Normas Técnicas Guía Técnica de la Atención del Parto Culturalmente adecuado.
- Norma Técnica de Articulación de Prácticas y Saberes de Parteras Ancestrales.

Igualdad y no discriminación

Porcentaje de mujeres y varones en edad de procrear que usan anticonceptivos

La Dirección Nacional de Estadística y Análisis de información de salud del Ministerio de Salud Pública, reporta que alrededor de 581.967 personas reciben atención por planificación familiar. La información se desgrega únicamente por edad y corresponde al año 2013.

Respecto a mujeres y hombres en edad de procrear que usan anticonceptivos, se proporciona información actualizada al año 2012 en el Anexo N° 25: Tabla N° 1. Uso actual de métodos anticonceptivos por método (mujeres de 15 a 49 años).

Estimaciones sobre casos de abortos ilegales, por edad, lugar de residencia (urbano o rural) y condiciones socioeconómicas de la mujer embarazada u otros datos disponibles.

No se cuenta con información oficial que permita reportar estimaciones sobre casos de abortos ilegales.

Porcentaje de la población que utiliza sistemas indígenas o alternativos de atención de la salud

El Ministerio de Salud Pública cuenta con 13 establecimientos de salud (Centro de Salud tipo C y Hospitales Básicos) que cuentan con el servicio de Medicina Alternativa en las especialidades de Acupuntura y Homeopatía. Se dispone de 15 profesionales de salud con título de especialidad en Homeopatía o Acupuntura.

En el año 2015, se han registrado 25.514 atenciones en medicina alternativa.

En el año 2014, se expidió el Reglamento de Medicina Alternativa.

Porcentaje de mujeres embarazadas con test de HIV/SIDA.

Tabla N° 9. Número de casos nuevos de VIH diagnosticado con western blot correspondiente al período de enero a octubre de 2015.

Institución de reporte	Número de casos
Hospital Abel Gilbert	53
Hospital Gustavo Domínguez	1
Hospital Teófilo Dávila	7
INSPI Cuenca	18
INSPI Guayas	113
INSPI Quito	32
Total	224

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública (octubre 2015)

Porcentaje de niños nacidos de madres HIV positivas que contrajeron el virus HIV/SIDA en los dos primeros años de vida (casos notificados de SIDA por transmisión vertical)

Tabla N° 10. Tabla Número de niños nacidos de madres VIH con resultado confirmatorio positivo por sexo.

Año 2015

Sexo	Resultado Positivo
Femenino	16
Masculino	10
Total	26

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública

Fuente: Estrategia Nacional de VIH (2015)

Tabla N° 11. Número de niños nacidos de madres VIH con resultado confirmatorio positivo, distribuido por meses. Año 2015

Meses	Resultado Positivo
Enero	3
Febrero	5
Marzo	6
Abril	4
Mayo	3
Junio	1
Julio	0
Agosto	1
Septiembre	3
Total	26

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública

Fuente: Estrategia Nacional de VIH (2015)

Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben asistencia en salud prenatal.

Ver Anexo N° 26:

- Tabla N° 1. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Enero 2015*
- Tabla N° 2. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Febrero 2015*
- Tabla N° 3. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Marzo 2015*
- Tabla N° 4. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Abril 2015*
- Tabla N° 5. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Mayo 2015*
- Tabla N° 6. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Junio 2015*
- Tabla N° 7. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Julio 2015*

Señales de progreso

Características y frecuencia de estudios de percepción de la población en relación con enfermedades de transmisión sexual (HIV-SIDA, entre otras)

Estudio original publicado en: Revista indexada *Sexual Transmitted Infectious Diseases* Título: *HIV and syphilis infection in pregnant women in Ecuador: prevalence and characteristics of antenatal care*¹⁶. Autor: Amaya Sánchez-Gómez. Año: 2013

Acceso a información pública y participación

Porcentaje de efectores de salud con protocolos de confidencialidad de la información sobre su salud

En este sentido el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Normatización ha elaborado dos documentos que son aportes que contribuyen a lograr el respeto integral a los derechos de las personas y son:

- Reglamento de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud, publicado a través del Acuerdo Ministerial N° 5216, Registro Oficial Suplemento 427 de 29 de enero de 2015 (Anexo N° 27).
- Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial, publicado a través del Acuerdo Ministerial N° 5316, de fecha 05 de noviembre de 2015. (Anexo N° 28).

¹⁶ Enlace electrónico: <http://sti.bmj.com/content/early/2013/11/26/sextrans-2013-051191>

Cobertura de acciones o campañas de difusión por parte del estado de información sobre políticas de salud sexual y reproductiva.

Se realiza la campaña *Habla Serio, Sexualidad sin Misterio* período (2014-2015) que abarca a 23.653 personas, de los cuales 2. 506 son profesionales de salud y el resto usuarios.

Cobertura de acciones o campañas de información y programas de difusión sobre los efectos del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

1. Campaña comunicacional: Alguien podría estar hablando de drogas con tus hijos. Y tú, ¿Cuándo lo vas hacer?

Objetivo: Prevenir el uso y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Alcance: A nivel nacional.

Acciones:

- Producción de cuatro spots que se difundieron en televisión abierta y redes sociales.
- Impresión de 1'500.000 cartillas informativas que se entregaron en circuitos priorizados.
- Desarrollo de página web (www.hablaconellos.com.ec). Contiene información para toda la comunidad y busca prevenir el uso y consumo de drogas. Al momento se encuentra en funcionamiento.
- Desarrollo de página web (www.retuco.com). Contiene información para prevenir el uso y consumo de alcohol y está dirigida a tres grupos: profesores, estudiantes y padres. Al momento se encuentra en funcionamiento.
- Creación de línea 1800 que brinda atención personalizada, deriva delitos y emergencias relacionadas a las drogas e informa sobre el tipo de drogas y sus consecuencias. Al momento se encuentra en funcionamiento.

Tiempo al aire de la campaña: Segundo semestre del 2015. Únicamente la línea y las páginas web se mantienen en ejecución y permanecerán durante el 2016. Al momento se realiza mantenimiento de la campaña a través de medios propios de la institución (redes sociales, página web, jornadas de prevención).

Resultados: Más de 2'000.000 de personas impactadas entre jóvenes, padres de familia y docentes de todo el territorio nacional.

2. Conmemoración de los 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de Tabaco, en la que participaron 76 000 funcionarios a nivel nacional del MSP (a través de activaciones, banners, pantallas informativas, e-mailing) y población en general (a través de un boletín informativo).
3. Conmemoración del Día Mundial Sin Tabaco: Aproximadamente 2000 personas participaron en los eventos y población ecuatoriana en general (a través de boletín informativo, rueda de prensa, cobertura mediática).
4. Seminario intersectorial: Políticas de control de tabaco, etiquetado de alimentos procesados y acuerdos comerciales: Aproximadamente 30 personas participantes, representantes del Ministerio de Comercio Exterior (MINCOMEX), Servicio de Rentas Internas del Ecuador (SRI), Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), Servicio Nacional de Aduana del Ecuador (SENAE) y Asamblea Nacional.
5. Seminario subregional sobre la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), artículo 6 impuestos al tabaco: Aproximadamente 25 personas participantes, representantes del Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Finanzas, de países como: Argentina, Chile, Brasil, Paraguay, Uruguay, Perú, Colombia, así como, representantes del MSP, SRI, Ministerio de Finanzas (MF) y MREMH.

6. Sesión del pleno 2015 del Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica: Aproximadamente 30 personas participantes, representantes del MCDS, Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos (MJDHC), Ministerio de Educación (MINEDUC), Ministerio de Turismo (MINTUR), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), MSP, Ministerio del Interior (MDI), Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP), Consorcio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador (CONGOPE), SENA, SRI, Asociación de Municipalidades Ecuatorianas (AME), ARCSA, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Cruz Roja y sociedad civil.
7. Tres metodologías educomunicacionales sobre los efectos del consumo de tabaco: Población que asista a ferias de salud a nivel nacional.
8. Taller intersectorial para el desarrollo de la Estrategia Nacional para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol: Aproximadamente 15 personas participantes, representantes del MCDS, MJDHC, MINEDUC, MIES, MSP, CONSEP, SENA, SRI, MDI, AME, ARCSA.
9. Cuatro metodologías educomunicacionales sobre los efectos del consumo nocivo de alcohol: Población que asista a ferias de salud a nivel nacional.

Distribución geográfica, jurisdiccional y étnica de servicios de traducción en los efectores de salud a otros idiomas hablados en el país.

El Ministerio de Salud Pública cuenta con 302 promotores de salud registrados, de los cuales, 226 se autoidentifican como indígenas, los kichwa hablantes son distribuidos en los distritos donde hay población de pueblos y nacionalidades con barreras de acceso a los servicios de salud.

Señales de progreso

Existencia de mecanismos permanentes participación ciudadana para la elaboración de recomendaciones en el diseño e implementación de políticas de salud

En este sentido, el MSP cuenta con una estrategia de participación ciudadana en la cual actualmente cuenta con 1.871 Comités Ciudadanos Locales de Salud articulados a las Unidades Operativas y el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, instancia nacional que se articula directamente con el MSP en la planta central. A la fecha, se encuentran en constitución los Comités Ciudadanos Distritales de Salud y los Comités Ciudadanos Zonales de Salud.

Es importante mencionar que, estos espacios también integran a diferentes organizaciones ya existentes en el tema de salud. Estas instancias participan activamente en la promoción de la salud a través de los Planes Locales de Salud, articulan a diferentes actividades así como proponen otras iniciativas para fortalecer la promoción de la salud y el derecho a la salud.

La instancia permanente de apoyo a las políticas públicas es el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, que recibe insumos de los Comités Locales, estos aportan en diferentes instancias en cuanto a la formulación de políticas públicas. Es importante mencionar que a nivel de localidades pueden también direccionar informes de aportes para elaboración de políticas públicas, así como fomentar instancias de diálogo.

Acceso a la justicia

Número de decisiones judiciales que ha hecho lugar a garantías en salud en general y en casos específicos (salud sexual y reproductiva, HIV-SIDA; entre otras).

A nivel nacional hasta la fecha no se tiene procesada la información sobre el número de las decisiones judiciales que han dado lugar a garantías en salud.

A continuación se proporcionan extractos de dos casos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) contra el Estado ecuatoriano que se encuentran en etapa de supervisión de cumplimiento de sentencia y posteriormente el extracto de una sentencia de la Corte Provincial de Justicia de Pichincha:

Corte IDH:

1. Caso TGGL

El 18 de marzo de 2014 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) sometió este caso ante la Corte, el cual se relaciona con la responsabilidad internacional del Estado por la afectación a la vida digna e integridad personal de TGGL, como consecuencia del contagio con VIH tras una transfusión de sangre que se le realizó el 22 de junio de 1998, cuando tenía tres años de edad. La sangre que se utilizó para la transfusión provino del Banco de Sangre de la Cruz Roja del Azuay, sin que supuestamente el Estado hubiera cumplido adecuadamente el deber de garantía, específicamente su rol de supervisión y fiscalización frente a entidades privadas que prestan servicios de salud. Posteriormente, la Corte IDH concluyó que la falta de respuesta adecuada por parte del Estado frente a la situación generada, particularmente mediante la omisión en la prestación de la atención médica especializada que requería la víctima, continuó afectando el ejercicio de sus derechos hasta la fecha. La Corte consideró que la investigación y el proceso penal interno que culminó con una declaratoria de prescripción, no cumplió con estándares mínimos de debida diligencia para ofrecer un recurso efectivo a la niña TGGL y sus familiares. La Corte también estimó que el conjunto del caso puso de manifiesto un incumplimiento con el deber estatal de especial protección frente a TGGL en su calidad de niña.

Desde enero de 2014, el Estado ecuatoriano ejecuta acciones que garanticen a TGGL, el acceso a los servicios de salud. En este sentido, el Ministerio de Salud Pública realizó las coordinaciones necesarias para que sea el Hospital Militar de Azuay, la casa de salud en la que González Lluy reciba atención médica.

Además, a fin de evaluar y determinar la existencia de algún tipo de resistencia a los medicamentos antirretrovirales aplicados a TGGL, en julio de 2015 se le realizó un examen de genotipificación. En base a esta información, se efectuó el cambio del cuadro de medicamentos suministrados a González.

Así, el máximo organismo del Sistema Interamericano de Derechos Humanos establece que el país debe brindar gratuitamente y en forma oportuna, el tratamiento médico y psicológico o psiquiátrico, así como el suministro gratuito de los medicamentos que TGGL requiera, además del acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional y la concesión de una beca sin ningún tipo de condición para que TGGL continúe sus estudios universitarios y posteriormente un posgrado. Acciones que se encuentran en proceso de cumplimiento.¹⁷

2. Extracto Caso Albán Cornejo

Los hechos del presente caso se iniciaron el 13 de diciembre de 1987 cuando Laura Susana Albán Cornejo ingresó al Hospital Metropolitano, en Quito - Ecuador. Su hospitalización se debió a un cuadro clínico de meningitis bacteriana. El 17 de diciembre de 1987, Laura Albán Cornejo sufrió un fuerte dolor por lo que el médico residente le prescribió una inyección de diez miligramos de morfina. Al día siguiente, mientras

¹⁷ Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, portal electrónico institucional: <http://www.justicia.gob.ec/en-caso-gonzalez-lluy-el-estado-ecuatoriano-ha-emprendido-acciones-para-garantizar-acceso-a-la-salud-incluso-antes-del-fallo-de-la-corteidh/>. Consulta: 11 de abril de 2016.

permanecía bajo tratamiento médico, Laura Albán Cornejo falleció. Sus padres iniciaron una acción judicial para determinar la responsabilidad de la muerte de Laura Albán Cornejo. Uno de los dos médicos investigados por negligencia fue sobreseído mientras que la situación jurídica del otro médico se encontraba pendiente de resolución judicial.

En la Sentencia de fondo, reparaciones y costas dictada por la Corte IDH del 22 de noviembre de 2007, se indicó que las autoridades de la República del Ecuador no asumieron con seriedad y con las debidas garantías la denuncia presentada por los padres de Laura Albán Cornejo, al no iniciar oportunamente la investigación de su muerte. Asimismo, el propio Estado reconoció que las autoridades no impulsaron de forma diligente y seria una investigación tendiente a ubicar a uno de los médicos tratantes, y en su caso, obtener la extradición del imputado. Al momento, el Estado ecuatoriano ha generado normativa y políticas públicas orientadas a prevenir, los hechos suscitados en este caso y garantizar procesos judiciales expeditos y diligentes.

Sentencia de la Corte Provincial de Justicia de Pichincha:

1. Caso Dayris

El 04 de agosto del 2015 con oficio Nro. DPE- DNAPL-2015-0070-O la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión del Ministerio de Salud Pública, recibe la solicitud para atender el caso Dayris que ganó la demanda al Estado ecuatoriano ante la Corte Provincial de Justicia de Pichincha. La sentencia en la parte pertinente señala “aceptar por tanto la acción de protección propuesta por la señora Dayris Estrella Estévez Carrera suponiendo que de manera inmediata se proceda a cambiar los datos de identificación de la legitimada activa, por parte del Registro Civil, Identificación y Cedulación, de masculino a femenino. De igual forma como acción afirmativa se dispone que el Estado ecuatoriano a través del servicio público de salud brinde las facilidades necesarias para que la legitimada activa pueda acceder médicamente a las condiciones necesarias para la consolidación de su identidad sexual”.

Número de denuncias relativas al derecho a la salud recibidas, investigadas y resueltas por las instituciones nacionales de derechos humanos competentes en el país.

La Defensoría del Pueblo como la Institución Nacional de Derechos Humanos encargada de promover y proteger los derechos de las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos que habitan en el país y de ecuatorianas y ecuatorianos en el exterior, detalla en el Anexo N° 29, todos los casos registrados con referencia al derecho a la salud, entre los años 2013 y 2015.

AL respecto, el Ministerio de Salud Pública implementó el *Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*, el mismo que prioriza la atención primaria, prevención y promoción de la salud con participación ciudadana, incluyendo derechos humanos con enfoque de interculturalidad y género. Asimismo, mediante el *Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública* creó la *Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión* del MSP, la cual forma parte de la *Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud* y cuyo fin es implementar políticas públicas para la protección del derecho a la salud, así como, propiciar equidad, igualdad y no discriminación a través de criterios enfocados en Derechos Humanos. Esta Dirección de Derechos Humanos del MSP a su vez se divide y está organizada en dos gestiones internas:

1. *Gestión de Institucionalización de Enfoques de Género, Igualdad y Derechos Humanos en Salud:* Genera planes, propuestas e informes de cumplimiento para introducir una visión de respeto a los Derechos Humanos en las políticas públicas dictadas por el MSP.
2. *Gestión de Observancia, Investigación y Seguimiento de Casos:* Genera insumos, informes y lineamientos que permitan hacer seguimiento al respeto de los derechos de los pacientes y en general a los Derechos Humanos en el Sistema Nacional de Salud, coordinado por el MSP.

En cuanto al número de denuncias relativas al derecho a la salud, recibidas, investigadas y resueltas por las instituciones nacionales de derechos humanos competentes en el país, se registran un total de 26 casos. Son receptados por la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión (DNDHGI) del Ministerio de

Salud Pública, como conocimiento de presunta vulneración de derechos y se realiza el siguiente proceso de investigación:

La DNDHGI realiza una investigación documental de primera instancia, seguidamente en coordinación con las instancias competentes se realiza una investigación de campo en donde:

- Se realiza una entrevista a los actores involucrados;
- Se hace un recorrido por los establecimientos de salud para verificar el estado de los servicios;
- Finalmente se emite el informe y recomendaciones en base a los hallazgos de la investigación.

Las investigaciones realizadas en los casos sirven también como un insumo para realizar mejoras dentro del Sistema Nacional de Salud.

Actualmente el MSP a través de la DNDHGI se encuentra en la primera fase de implementación del “Modelo de Gestión de Requerimientos e Inconformidades Ciudadanas para mejorar el servicio de Salud” – MGRIC, el cual, busca aportar en el ejercicio y acceso al derecho a la salud a través de la implementación de una herramienta informática que permita organizar administrativamente la recepción y gestión de los requerimientos e inconformidades ciudadanas, establecer un solo canal de recepción de inconformidades al interior de la institución, generar información y estadística de las principales problemáticas presentes en el sistema de salud para la elaboración de políticas públicas favorables y mejorar la calidad de los servicios.

Se registran los siguientes datos desde octubre de 2014 a febrero de 2015, receptados a través de la línea 1-7-1 del *Call center* del MSP:

- Inconformidades personalizadas (presunta mala práctica profesional, desabastecimiento de medicamentos, presuntos cobros indebidos): 479
- Masivas (atenciones, horarios, maltrato): 6.300
- Inconformidades contact center: 398
- Solicitudes (varias): 203
- Felicitaciones: 28

Políticas de capacitación de jueces y abogados en materia de derecho a la salud. Cobertura temática y alcance.

Actualmente, el Ministerio de Salud Pública y el Consejo de la Judicatura están trabajando en la elaboración de un acuerdo interinstitucional para brindar capacitación a jueces y abogados en materia del derecho a la salud.

Señales de progreso

Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de sus derechos en relación con la salud. Cobertura de los servicios de traducción en lenguas indígenas.

Producción de diccionarios prácticos bilingües para los profesionales de la salud en los idiomas: Kichwa – Shuar – Wao Tededo.

Manual de señaléticas para los establecimientos de salud traducidos a la lengua materna con énfasis en el kichwa y shuar.

Video institucional de autoidentificación étnica, publicado el 6 de marzo de 2015:
<https://www.youtube.com/watch?v=36iokjdCHN0>

Indicadores de resultados

Recepción del derecho

Esperanza de vida al nacer (urbano/rural y por etnia/raza)

Ver Anexo N° 30: Esperanza de vida por sexo a nivel nacional.

Tasa de mortalidad materna por grupo de edad, área geográfica, nivel educativo y quintiles de ingreso.

Ver:

- Anexo N° 31: Razón de Mortalidad Materna por Provincia de Residencia Habitual 2010.
- Anexo N° 32: Razón de Mortalidad Materna por Provincia de Residencia Habitual 2014.
- Anexo N° 33: Número de Muertes Maternas por grupos de edad 2010 y 2014.
- Anexo N° 34: Número de Muertes Maternas por Nivel de Instrucción 2010 y 2014.

Tasa de mortalidad infantil por sexo, por área geográfica, nivel educativo de la madre, quintiles de ingreso, etnia/raza, neonatal y post- natal

Ver:

- Anexo N° 35: Tasa de Mortalidad Infantil por Provincia de Residencia Habitual 2014.
- Anexo N° 36: Número de Muertes Infantiles por Sexo 2014.
- Anexo N° 37: Número de Muertes Infantiles por Autoidentificación étnica 2014.
- Anexo N° 38: Tasa de Mortalidad Neonatal 2014.
- Anexo N° 39: Tasa de Mortalidad Postnatal 2014.

Tasa de mortalidad por sexo debido a accidentes, homicidios o suicidios

Ver Anexo N° 40: Tasas de mortalidad por sexo debido a accidentes, homicidios o suicidios 2014.

Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles

Ver Anexo N° 41: Tasas de mortalidad por sexo debido a accidentes, homicidios o suicidios 2014.

Porcentaje de personas con acceso a servicios de saneamiento básico urbano/rural

Ver Anexo N° 42: Porcentaje de personas con acceso a servicios de saneamiento.

Porcentaje de mujeres en edad reproductiva con anemia

Ver Anexo N° 43: Porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia.

Capacidades estatales

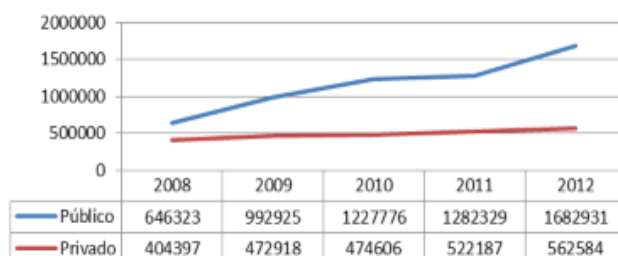
Cobertura de programas de asistencia a adultos mayores.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) es el ente rector de las políticas sociales para la población adulta mayor y como tal lidera la inversión social para la protección y cuidado de las personas adultas mayores.

No obstante, en el ámbito de la salud, cuya competencia recae en el Ministerio de Salud Pública, gracias a la inversión del Gobierno Nacional en el mejoramiento de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, el

número de atenciones (primeras consultas y consultas de morbilidad) de la población adulta mayor ha incrementado de forma significativa, como se observa en la siguiente figura:

Tabla N° 12. Evolución del número de atenciones (primeras consultas y consultas de morbilidad) de la población > 65 años, en el período 2008-2012



Fuente: Anuario de Recursos y Actividades de Salud 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, INEC.

(1) Público: Todos los establecimientos de salud del MSP

(2) Privado: Excluye a los establecimientos de salud del MSP e IESS.

Realizado por: Gestión Interna de Promoción de la Salud, MSP

Según los registros de atenciones del MSP, durante el año 2013, el 8% (2'472.785) del total de atenciones preventivas y primeras atenciones a nivel nacional correspondió a la población mayor de 65 años, de las cuales el 77.5% se dieron en el Primer Nivel de Atención, el 16.8% en el Segundo Nivel de Atención, el 5.1% en el Tercer Nivel de Atención y un 0.6% en las Unidades móviles.¹⁸

Con respecto a las prestaciones para este grupo poblacional, la atención integral en salud, acorde a lo estipulado en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS -FCI) incluye: atención preventiva, de recuperación, de rehabilitación, visita domiciliaria y servicios de cuidados paliativos, cuyas prestaciones abarcan las siguientes:

- Promoción de la salud: información y educación a los sujetos, miembros de la familia y cuidadores sobre temas de nutrición, salud bucal, salud mental, salud sexual, envejecimiento activo, participación social, discapacidad. Además a través de la aplicación de la ficha familiar se pueden determinar diferentes tipos de riesgos biológicos, socio-económicos y ambientales.
- Prevención: valoración geriátrica integral (identificación de factores de riesgo, valoración y diagnóstico precoz de enfermedades prevalentes en esta población), salud bucal, dependencia funcional, violencia, inmunización.
- Recuperación: atención de patologías frecuentes y síndromes geriátricos, problemas visuales, auditivos, motrices y otros trastornos discapacitantes, depresión, ansiedad, cuidados paliativos.
- Rehabilitación: atención y ayudas técnicas.
 - Visita domiciliaria: diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias con riesgos, seguimiento de pacientes con problemas de salud, discapacidad grave o que requieren de cuidados paliativos

Cobertura de planes de seguro de salud, por sexo, edad y región geográfica en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Ver Anexo N° 44: Cobertura de planes de seguro de salud, por autoidentificación étnica y sexo en calidad de cotizantes o beneficiarios.

¹⁸ Datos provenientes de la Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de la Información. MSP, 2013.

Igualdad y no discriminación

Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en la talla o desnutrición crónica.

Ver Anexo N° 45: Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en la talla o desnutrición crónica.

Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición global.

Ver Anexo N° 46: Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición global.

Composición por sexo de los casos notificados de SIDA y diagnósticos VIH

- La epidemia de VIH en Ecuador es de carácter concentrada, principalmente en población HsH (prevalencia de 11% en Quito y Guayaquil), Trans (31.9%) y trabajadoras sexuales.
- De acuerdo a datos reportados en el informe GARPR del año 2015, el Ecuador invirtió cerca de \$13.2 millones de dólares en el año 2014, en la respuesta al VIH. Los casos acumulados en el Ecuador desde 1984 al 2014, son 41.375 PVV, con una epidemia concentrada.
- La prevalencia del VIH al año 2014 fue 0.4% en población general.
- La prevalencia de VIH en mujeres embarazadas al año 2014 fue 0.18%.
- Número de personas que viven con VIH y que se encuentran en tratamiento a diciembre del 2014 fue 13.300 personas.
- El número de casos nuevos en el año 2014 fue de 3.470 personas, en promedio 289 casos nuevos por mes.
- Número de personas que viven con VIH y tiene TB en el año 2014 fue de 632 personas.
- Se registra que 287 recibieron Tratamiento Preventivo con Isoniazida.
- La relación de infección entre hombre y mujer es de 1.45.
- El 56.96% de personas que viven con VIH se encuentran entre los 20 a 39 años de edad.
- El 1.96% de personas que viven con VIH se encuentran entre los 15 a 19 años de edad.
- Número de personas que fallecieron por VIH desde el año 1984 al 2014 fue de 9.586 personas.
- Número de mujeres embarazadas VIH positivas en el año 2014 fue de 649 personas, 261 conocían su diagnóstico y 388 mujeres eran nuevas.

Ver Anexo N° 47:

Tabla N° 1. Número de casos nuevos diagnosticados con Western Blot por provincia de residencia. Año 2015.

Tabla N° 2. Número de pruebas realizadas con Western Blot. Año 2015.

Tabla N° 3. Casos nuevos de VIH por provincias.

Porcentaje de personas con discapacidad física o mental que tienen acceso a servicios de salud de instituciones públicas o sociales

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud.

La Dirección Nacional de Discapacidades, desde marzo de 2013, tiene a su cargo la calificación de las personas con discapacidad. En el año 2015 se ha realizado la calificación a nivel nacional de 33.305 personas; de éstas, 18.501 que corresponde al 55,55% son calificadas con discapacidad Física; 6.062 que corresponde al 18,20% presentan discapacidad intelectual; 5.521 que corresponde al 16,57% tienen discapacidad Auditiva; se han calificado 5.197 personas con discapacidad Visual que corresponde al 15,6%; 2.339 con discapacidad Mental que corresponde al 7,02%; y 882 usuarios con discapacidad del Lenguaje que corresponde al 2,64% del total de personas con discapacidad.

Tabla N° 13. Personas con discapacidad 2015

Tipo de Discapacidad	N° de personas con Discapacidad
Auditiva	5521
Física	18501
Intelectual	6062
Lenguaje	882
Mental	2339
Visual	5197

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2015)

Porcentaje de mujeres que realizan periódicamente exámenes ginecológicos (PAP, mamografías)

Ver Anexo N° 48: Porcentaje de mujeres que se realizan exámenes ginecológicos.

Porcentaje de mujeres con control prenatal en el primer trimestre

Ver Anexo N° 49: Porcentaje de mujeres con control prenatal en el primer trimestre.

Cobertura de vacunación obligatoria.

El esquema Nacional de Vacunación contempla todos los ciclos de vida, con miras a la universalización en la población beneficiaria que permite erradicar, eliminar y controlar las enfermedades inmunoprevenibles en el marco de los compromisos mundiales y nacionales para prevenir eventos que puedan constituir una emergencia de Salud Pública de Importancia Nacional e Internacional.

Las vacunas que se administran según el rango de edad son:

Menor de 1 año: BCG, Hepatitis B al Recién Nacido, Rotavirus, Neumococo, Pentavalente; Influenza, Antipoliomielítica.

12 a 23 meses: Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT), Antipoliomielítica (OPV), Sarampión, rubéola, parotiditis (SRP), Fiebre Amarilla (FA), Varicela, Influenza Estacional Triv. Pediátrica.

24 a 59 meses: Influenza Estacional Triv. Pediátrica

5 años: DT pediátrica

9 años: HPV

15 años: DT adulto

Mujeres en Edad Fértil:

Embarazadas y no embarazadas DT (sin antecedente vacunal de componente toxoide, diftérico tetánico).

Vacunación Grupos de riesgo:

Embarazadas, personal de salud, adultos de 65 años y más, enfermos crónicos: vacuna Influenza Estacional Triv Adulto.

Personal de Salud: Hepatitis B

Trabajadoras sexuales, privados de la libertad: Hepatitis B

Vacunación a Viajeros:

Vacuna contra el sarampión y rubéola (SR) siempre y cuando no tenga antecedente vacunal.

Fiebre Amarilla (FA) sin antecedente vacunal

Ver Anexo N° 50: Esquema Nacional de vacunación del Ministerio de Salud Pública.

Derecho a la Educación

Indicadores estructurales

Recepción del derecho

Ratificación del Estado de tratados internacionales que reconocen el derecho a la educación

i. PIDESC y Protocolo Facultativo

El Ecuador suscribió el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (PIDESC), el 29 de septiembre 1967 y lo ratificó el 6 de marzo de 1979, y el Protocolo Facultativo fue suscrito el 24 de septiembre de 2009 y ratificado el 11 de junio de 2010.

ii. CEDAW y Protocolo Facultativo

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), fue firmada por el Ecuador el 17 de julio de 1980 y ratificada el 9 de noviembre de 1981. Su Protocolo Facultativo fue firmado el 10 de diciembre de 1999 y ratificado el 05 de febrero de 2002.

iii. CDN

El Ecuador forma parte de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) desde el 26 de enero de 1990 y su ratificación la realizó el 23 de marzo de 1990 y entró en vigor desde el 2 de septiembre de 1990.

iv. CIEDR

El Ecuador se adhirió a la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CIEDR), el 22 de septiembre de 1966. El instrumento entró en vigor el 4 de enero de 1969.

v. Convención relativa a la lucha contra las discriminaciones en la esfera de la enseñanza

Suscrita en París, el 14 de diciembre de 1960 en el marco de la undécima Conferencia General de la UNESCO. Esta Convención entró en vigor el 22 de mayo de 1962. Ecuador realizó su aceptación a la Convención el 5 de marzo de 1979 en el tercer grupo.

vi. Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad

El Ecuador firmó esta Convención, el 8 de junio de 1999 y la ratificó el 18 de marzo de 2004.

vii. Metas educativas 2021

Ecuador suscribió las Metas educativas 2021, el 19 de mayo de 2008 y ratificó su pertenencia el 28 de agosto de 2014.

viii. Declaración de la XX Cumbre Iberoamericana 2010

Ecuador suscribió esta Declaración junto con las Jefas y los Jefes de Estado y de Gobierno de los países iberoamericanos en Mar de la Plata, República Argentina, el 4 de diciembre de 2010.

Incorporación en la Constitución de la República del derecho a la educación

Constitución de la República del Ecuador:

- Artículo 3.- [Deberes del Estado]
- Artículo 26.- [Derecho a la Educación]
- Artículo 27.- [Directrices de la educación]

- Artículo 28.- [Acceso a la educación]
- Artículo 29.- [Garantías]
- Artículo 38.- [Políticas y programas del Estado]
- Artículo 39.- [Derechos de los jóvenes]
- Artículo 45.- [Derecho a la integridad física y psíquica]
- Artículo 46.- [Medidas para el bienestar de los niños y adolescentes]
- Artículo 47.- [Derechos de las personas con discapacidad]
- Artículo 57.- [Derechos colectivos]
- Artículo 66.- [Derechos de libertad]
- Artículo 343.- [Sistema Nacional de Educación]
- Artículo 344.- [Rectoría del sistema]
- Artículo 346.- [Calidad de la educación]
- Artículo 347.- [Responsabilidades del Estado]
- Artículo 348.- [Gratuidad de la educación pública]
- Artículo 355.- [Derecho a la autonomía]

Legislación específica que contempla el derecho a la educación, alcance y metas de cumplimiento

- Ley Orgánica de Educación Intercultural, publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial N° 417 el 31 de Marzo del 2011. (Anexo N° 51)
- Reglamento de la Ley Orgánica de Educación Intercultural, publicada mediante Registro Oficial Suplemento 754 de 26 de julio de 2012. (Anexo N° 52)
- Ley Orgánica de Educación Superior, publicada en el Registro Oficial Suplemento N° 298, el 12 de octubre de 2010.
- Reglamento General a la Ley Orgánica de Educación Superior, publicado en Registro Oficial Suplemento N° 526 de 02 de septiembre de 2011.

Planes de Desarrollo Educativo

- Plan Decenal de Educación 2006-2015. Políticas:
 - a) Universalización de la Educación Inicial de 0 a 5 años.
 - b) Universalización de la Educación General Básica de primero a décimo.
 - c) Incremento de la población estudiantil del Bachillerato hasta alcanzar al menos el 75% de los jóvenes en la edad correspondiente.
 - d) Erradicación del analfabetismo y fortalecimiento de la educación de adultos.
 - e) Mejoramiento de la infraestructura y el equipamiento de las Instituciones Educativas (IE's).
 - f) Mejoramiento de la calidad y equidad de la educación e implementación de un sistema nacional de evaluación y rendición social de cuentas del sistema educativo.
 - g) Revalorización de la profesión docente y mejoramiento de la formación inicial, capacitación permanente, condiciones de trabajo y calidad de vida.
 - h) Aumento del 0,5% anual en la participación del sector educativo en el PIB hasta el año 2012, o hasta alcanzar al menos el 6% del PIB.
- Plan Decenal de Educación 2016-2025 (en discusión).

Obligatoriedad escolar: rangos de edad y duración

La Constitución de la República del Ecuador de 2008 en el artículo 28 determinar lo siguiente:

La educación responderá al interés público y no estará al servicio de intereses individuales y corporativos. Se garantizará el acceso universal, permanencia, movilidad y egreso sin discriminación alguna y la obligatoriedad en el nivel inicial, básico y bachillerato o su equivalente. Es derecho de toda persona y comunidad interactuar entre culturas y participar en una sociedad que aprende. El Estado promoverá el diálogo intercultural en sus múltiples dimensiones. El aprendizaje se desarrollará de forma escolarizada y no escolarizada. La educación pública será universal y laica en todos sus niveles, y gratuita hasta el tercer nivel de educación superior inclusive.

Normas que regulan el derecho a la gratuidad educativa por nivel de escolaridad

- Constitución de la República del Ecuador:
 - Artículo 28.- [Acceso a la educación]
- Ley Orgánica de Educación Intercultural:
 - Artículo 2.- [Principios]
 - Artículo 4.- [Derecho a la educación]
 - Artículo 56.- [Instituciones educativas particulares]

Señales de progreso

Características de la cobertura: criterios de universalidad, o de focalización o por lógicas de subsidio a la demanda en educación.

El Reordenamiento de la Oferta Educativa procura garantizar una oferta educativa completa, inclusiva, de calidad y eficiente en función de las necesidades y características de la población, a partir del análisis de la oferta y demanda del servicio educativo a nivel nacional, cálculo de déficit, superávit de cobertura, fusión, cierre y creación de nuevos establecimientos.

Para fines del cálculo de la demanda se tienen las siguientes consideraciones de política pública:

- En la población entre 3 y 4 años de edad se deberá considerar como posible demanda únicamente al 80%, pues existe un porcentaje de niños que por decisión propia del hogar no son insertados en esa edad al sistema educativo.
- Para la población entre los 5 a 14 años de edad se deberá considerar como demanda al 100%.
- En el grupo de 15 a 17 años de edad la demanda se deberá estimar sobre el 90%, ya que existen ciertas barreras de acceso y decisiones propias de los jóvenes que no permiten en la práctica una demanda del 100%.

En lo referente a criterios de universalidad o focalización, se hace referencia a la dotación de equipamientos para la eliminación de brechas de acceso a la educación, de esta manera, el transporte es subsidiado únicamente para los estudiantes de las Unidades Educativas del Milenio y en varios casos excepcionales.

Número de organizaciones de la sociedad civil registradas que participan en la promoción y protección del derecho a la educación.

El Ministerio de Educación cuenta con 2.597 organizaciones sociales sin fines de lucro, las mismas que se encuentran registradas por zona de la siguiente manera:

Tabla N° 14. Número de Organizaciones Sociales registradas por zona

Coordinación Zonal/Subsecretaría Distrital	Número de Organizaciones Sociales
1	48
2	5
3	47
4	8
5	18
6	50
7	13
8	44
9	499
Planta Central	1.865
Total	2.597

Fuente: Ministerio de Educación (2015)

Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios

Fuentes de financiamiento del sector educación.

Tabla N° 15. Fuentes de financiamiento del sector educación.

Fuente	Descripción fuente
1	Recursos Fiscales
3	Recursos Provenientes de Preasignaciones
701	Asistencia Técnica y Donaciones
998	ANTICIPOS DE EJERCICIOS ANTERIORES

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: AMIE y BCE

Elaborado por: Dirección Nacional de Planificación Técnica.

Leyes y medidas específicas que dispongan formas de financiamiento de la gratuidad de la educación obligatoria

- Constitución de la República del Ecuador:
 - Artículo 3.- [Deberes del Estado], numeral 1.
 - Artículo 26.- [Derecho a la Educación]
 - Artículo 28.- [Acceso a la educación]
 - Artículo 348.- [Gratuidad de la educación]
 - DISPOSICIONES TRANSITORIAS: Decimoctava.
- Ley Orgánica de Educación Intercultural:
 - Artículo 2.- [Principios], literal gg.- [Gratuidad]
 - Artículo 4.- [Derecho a la educación]
 - Artículo 54.- [Instituciones educativas públicas]
 - Artículo 55.- [Instituciones educativas fiscomisionales]
 - Artículo 59.- [Cursos de refuerzo de la enseñanza]

Capacidades estatales

Participación del sector oficial en la matrícula por nivel educativo (desde primera infancia a educación superior).

Ver Anexo N° 53: Tabla N° 1. Total de estudiantes matriculados a nivel nacional en instituciones educativas activas escolarizadas ordinarias (grupo de 3 años y 3er año de bachillerato) por periodo escolar, según nivel.

Características, montos y gestión de asistencia técnica y financiera internacional en el área de educación

Ver Anexo N° 54: Tabla N° 1. Detalle de presupuesto Devengado por Organismos.

– PROGRAMA CON INVERSIÓN DE LA CORPORACIÓN ANDINA DE FOMENTO (CAF)

El Programa tiene por objeto financiar la ejecución de proyectos integrales del sector educativo el cual consiste en la construcción y equipamiento de 48 Unidades Educativas del Milenio (UEM) en el territorio ecuatoriano con énfasis en las zonas más desatendidas, conforme a las condiciones establecidas en el Contrato de Préstamo a las Políticas CAF, la normativa que fuera aplicable y los estándares establecidos por el MINEDUC. Se espera beneficiar a un número aproximado de 109.440 estudiantes en cada año escolar. Los recursos del préstamo CAF se dirigirán a treinta y tres (33) UEM, mientras que las quince (15) UEM restantes se financiarán con aporte local.

- El proyecto de cada UEM incluye la adaptación del terreno; la construcción de la obra física, incluyendo aulas, biblioteca, laboratorios, áreas deportivas y de esparcimiento, áreas de servicios y administración; y la adquisición e instalación de mobiliario y equipamiento tecnológico.
- La ejecución del Programa contempla iniciar la construcción del grupo de UEM durante 2015 y el siguiente año restante. La identificación de las Unidades Educativas del Milenio obedece a criterios de priorización definidos por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) y el Ministerio de Educación (MINEDUC). Estos criterios incluyen atender sectores sociales históricamente relegados, satisfacer la demanda estudiantil rural, mejorar la calidad académica y las condiciones locales.

Componentes del Programa:

El Proyecto está estructurado en tres componentes: (i) Infraestructura Educativa; (ii) Equipamiento y Mobiliario; y (iii) Auditoría Externa.

Los distintos componentes serán financiadas con recursos del crédito de la CAF:

- **Componente I, Infraestructura Educativa CAF USD 163.313.600**, MINEDUC USD 102.739.102. Este componente financiará: (i) la construcción de obra y (ii) la fiscalización de obra de las 48 Unidades Educativas del Milenio seleccionadas.
- **Componente II – Equipamiento y Mobiliario CAF USD 11.686.400**, MINEDUC USD 7.351.808. El objetivo de este componente es dotar de: (i) equipamiento a las nuevas Unidades Educativas del Milenio como es la implementación de Laboratorios de Física, Química, Lenguaje, Computación y demás necesidades que garanticen el aprendizaje de los estudiantes; y (ii) el mobiliario que contempla todos los muebles para el uso de los estudiantes, planta docente y personal administrativo.
- **Componente III – Auditoría Externa del Proyecto (CAF) USD 1.000.000**. Los recursos de CAF previstos para la auditoría externa del proyecto financiarán las siguientes actividades: (i) auditoría técnica-operativa; (ii) auditoría de los estados financieros; (iii) revisión de las solicitudes de desembolso; y, (iv) auditoría de la gestión ambiental y social.

Financiamiento: Usos y Fuentes

La estructura financiera del programa por componente y fuente de financiamiento se describe en el Anexo N° 55: Tabla N° 1. Montos estimados de inversión y fuentes de financiamiento (Cifras en US\$ MM).

El costo total del Programa que es de US\$ 286 MM de los cuales US\$ 176 MM (62%) corresponden a Préstamo y US\$ 110 MM (38%) al aporte local.

Los montos de cada componente son referenciales y podrán ser ajustados conforme se considere necesario, de común acuerdo entre “El Prestatario y CAF”.

– CONTRATO DE PRÉSTAMO BID 2340/OC-EC (BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO)

Objetivo inicial del contrato: Incorporar, en un plazo de tres años, al menos 40.000 nuevos alumnos al sistema educativo ecuatoriano, en aquellas parroquias que presenten altos índices de necesidades básicas insatisfechas (“NBI”), mayores déficits de oferta educativa; y ubicadas preferentemente en zonas rurales, fronterizas, urbano marginales con población indígena y afro-descendiente.

Contrato modificatorio:

- En infraestructura, el programa contemplaba la construcción y equipamiento de aproximadamente 660 nuevas aulas en educación inicial, 102 nuevas aulas para primer grado y 886 aulas para bachillerato en las 45 parroquias seleccionadas, permitiendo con ello ampliar la cobertura en estos niveles educativos.
- La aplicación por parte del Ministerio de Educación del Reordenamiento de la Oferta Educativa y la implementación de una nueva tipología de los estándares de infraestructura educativa, plantearon la necesidad de reformular el programa, para lo cual se suscribió el Contrato de Préstamo Modificatorio en el mes de septiembre de 2013.

Entidad Ejecutora: Ministerio de Educación

Organismo Contratante: Servicio de Contratación de Obras (SECOB)

Monto actual aprobado BID: US\$ 75'000.000

Monto desembolsado al 30 de junio 2015: US\$ 48'000.000

Monto por desembolsar BID: US\$ 27'000.000

Subcomponente 1.1:

Incentivo a la jubilación voluntaria y renovación de la planta docente:

867 docentes jubilados Inversión: USD \$ 31'196.285,57, el cual ya ha sido ejecutado a la fecha.

Componente 2:

Innovación tecnológica para el fortalecimiento institucional:

Adquisición e Instalación de Equipos para el Nodo Central para el Sistema Integrado de Información del Ministerio de Educación, cuya inversión es de USD \$ 682,438.13 en el desarrollo e implementación de sistemas de información integrado para la gestión educativa que mejoren la eficiencia institucional, la atención al usuario final del sistema educativo y la oportunidad y calidad de la información para la toma de decisiones (Administración Directa).

Subcomponente 1.2:

Mejoramiento de la oferta educativa, Construcción y equipamiento de 20 Unidades Educativas, Monto para Infraestructura: USD \$ 43'106.276,30:

- 10 con financiamiento del Préstamo
- 10 con financiamiento de contraparte local

Ministerio de Educación:

- Identificación de establecimientos educativos en parroquias priorizadas.
- Reordenamiento de la oferta educativa (Micro planificación).
- Informe de Coincidencias para establecimientos seleccionados por el Programa.
- Aprobación de estándares de infraestructura educativa.
- Contratación, ejecución y aprobación de estudios de implantación arquitectónica e ingenierías complementarias.
- Suscripción de Convenio de Cooperación Interinstitucional.
- Coordinación y acompañamiento en procesos de contratación
- Adquisición de equipamiento y mobiliario

Servicio de Contratación de Obras (SECOB)

- Validación y aprobación de estudios.
- Procesos de contratación de obras y fiscalización.
- Suscripción de contratos de obras y fiscalización.
- Administración y seguimiento de contratos.
- Entrega Recepción de Obras

— PROGRAMA DE CONVERSIÓN DE DEUDA EXTERNA ENTRE ECUADOR Y ESPAÑA

El Programa de Conversión de Deuda Externa entre Ecuador y España fue suscrito el 14 de marzo de 2005 con el objeto de financiar proyectos de desarrollo, preferentemente, en las provincias más afectadas por el proceso migratorio, y en aquellas zonas de especial vulnerabilidad o pobreza.

Referente al Proyecto “Unidades Educativas del Milenio para la Frontera Norte”, la cobertura se focalizó en la construcción de 4 unidades educativas en las provincias de Carchi, Sucumbíos y Orellana, debido a que no se contaba con instalaciones apropiadas para atender las necesidades educativas de los niños y niñas de esta zona fronteriza.

Por su parte, la cobertura del Proyecto “Escuelas Seguras Multifuncionales” se enfoca en la implementación de IE’s que puedan funcionar como escuelas en condiciones normales y como “escuelas albergues” en condiciones de emergencia en las provincias de Manabí, Guayas y Los Ríos. Por ubicación geográfica, se había evidenciado que las provincias del Litoral habían sido relegadas de la inclusión de proyectos de inversión y en el año escolar 2008 esta zona fue afectada severamente por inundaciones.

Los criterios de selección para el financiamiento de 14 escuelas seguras multifuncionales en las provincias indicadas consisten en la priorización IE’s que sirvieron como albergues anteriormente, riesgos y amenazas de la zona, Necesidades Básicas Insatisfechas, conocimiento y experiencia acumulada de servidores de educación en uso de escuelas como albergues, disponibilidad de espacio para ampliaciones y mayor accesibilidad y existencia de vías de primero y segundo orden.

En el marco del Programa de Conversión de Deuda Externa entre Ecuador y España, el Comité Binacional, decidió destinar USD\$20 millones para el sector educativo y USD\$30 millones para la atención de proyectos sociales. De esta inversión, se asignó USD \$4.153.971,70 para el Proyecto “Escuelas Seguras Multifuncionales” y USD \$6.665.979,21 para el Proyecto Unidades Educativas del Milenio para la Frontera Norte, ambas inversiones se han realizado en su totalidad hasta finales del año 2015. Favor referirse a los cuadros a continuación para un detalle desagregado de esta inversión.

Tabla N° 16. Proyecto “Unidades Educativas del Milenio para la Frontera Norte”

Zona	Provincia	Cantón	Nombre del proyecto	Tipología	Monto de inversión
1	CARCHI	TULCÁN	UEM CARLOS ROMO DÁVILA	MENOR	\$ 1.591.913,45
1	CARCHI	BOLÍVAR	UEM SAN GABRIEL DE PIQUIUCHO	MENOR	\$ 2.097.605,14
1	SUCUMBÍOS	LAGO AGRIO	UEM RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS	MENOR	\$ 1.589.780,40
2	ORELLANA	JOYA DE LOS SACHAS	UEM JOYA DE LOS SACHAS (DAYUMA KENTO)	MENOR	\$ 1.631.388,51
TOTAL					\$ 6.910.687,50*

Fuente: Ministerio de Educación

**Diferencia del valor indicado anteriormente se financió con recurso de contraparte local.*

Tabla N° 17. Proyecto “Escuelas Seguras Multifuncionales”

Zona	Provincia	Nombre del proyecto	Tipología	Monto de inversión
4	Manabí	Construcción 4 Escuelas Seguras Multifuncionales	N/A	\$ 994.898,05
5	Guayas	Construcción de 5 Escuelas Seguras Multifuncionales	N/A	\$ 3.159.073,65
	Los Ríos	Construcción de 5 Escuelas Seguras Multifuncionales	N/A	
Total				\$ 4.153.971,70

Fuente: Ministerio de Educación

Igualdad y no discriminación

Existencia de marcos legales y de políticas que garanticen la no discriminación en la educación y una educación no discriminatoria.

Educación Inicial y Básica

- Constitución de la República del Ecuador:
 - Artículo 28.- [Acceso a la educación]
 - Artículo 44.- [Interés superior del niño]
 - Artículo 344.- [Rectoría del sistema]
- Ley Orgánica de Educación Intercultural:
 - Artículo 22.- [Competencias de la Autoridad Educativa Nacional], literal c.
- Reglamento General de la LOEI.
- Código de la Niñez y Adolescencia:
 - Artículo 37.- [Derecho a la educación]
- Plan Decenal de Educación (2006 – 2015):
 - Política No. 1: Universalización de la educación inicial de 0 a 5 años.
 - Política No. 2: Universalización de la Educación General Básica de primero a décimo años.
 - Política No. 5: Mejoramiento de la Infraestructura Física y el Equipamiento de las Instituciones Educativas.
- El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017:
 - Objetivo 2: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad.

- Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población.
- Objetivo 4. Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.
- Estrategia Nacional Intersectorial de Primera Infancia – Infancia Plena.
- El Acuerdo Interministerial Nro. 0015 – 14, suscrito entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, define los Servicios de Desarrollo Integral para la Primera Infancia (SDIPI) y los agrupa en las siguientes modalidades:
 - Servicios Institucionalizados de desarrollo integral para la primera infancia y
 - Servicios de atención familiar para la primera infancia.

Personas con Escolaridad Inconclusa

- Constitución de la República del Ecuador:
 - Artículo 26.- [Derecho a la Educación]
 - Artículo 28.- [Acceso a la educación]
 - Artículo 29.- [Garantías]
 - Artículo 39.- [Derechos de los jóvenes]
 - Artículo 343.- [Sistema Nacional de Educación]
 - Artículo 344.- [Rectoría del sistema]
 - Artículo 345.- [La educación como servicio público]
 - Artículo 347.- [Responsabilidades del Estado], numerales 3, 7 y 8.
 - Artículo 348.- [Gratuidad de la educación pública]
 - Artículo 349.- [Garantías del personal docente]
- Ley Orgánica de Educación Intercultural:
 - Artículo 3.- [Fines de la educación], literal p.
 - Artículo 38.- [Educación escolarizada y no escolarizada]
 - Artículo 46.- [Modalidades del sistema nacional de educación].- Presencial, Semipresencial y a Distancia.
 - Artículo 49.- [Educación artesanal para jóvenes y adultos con escolaridad inconclusa].
 - Artículo 50.- [Educación para personas con escolaridad inconclusa].
 - Disposición General Décima Primera.
- Reglamento General a la Ley Orgánica de Educación Intercultural:
 - Artículo 10.- [Adaptaciones curriculares]
 - Artículo 23.- [Educación Escolarizada puede ser ordinaria o extraordinaria]
 - Artículo 202.- [Programa de Participación Estudiantil], numeral 2.
 - Artículo 231.- [Escolaridad Inconclusa]
 - Artículo 232.- [Normativa]
 - Artículo 233.- [Ámbito]
 - Artículo 347.- [Será responsabilidad del Estado]
- Plan Decenal de Educación (2006 – 2015): política 4.
- Plan Nacional para el Buen Vivir (2013 - 2017):
 - Objetivo No. 2.

- Objetivo No. 4.

Personas con necesidades educativas especiales asociadas o no a una discapacidad

- Constitución de la República del Ecuador:
 - Artículo 27.- [Directrices de la educación]
 - Artículo 343.- [Sistema Nacional de Educación]
 - Artículo 344.- [Rectoría del sistema]
 - Artículo 345.- [La educación como servicio público]
 - Artículo 347.- [Responsabilidades del Estado]
 - Artículo 348.- [Gratuidad de la educación pública]
- Ley Orgánica de Educación Intercultural:
 - Artículo 2.- [Principios], literales v, hh.
 - Artículo 6.- [Obligaciones que debe garantizar el Estado]
 - Artículo 7.- [Derechos de los estudiantes], literal f.
 - Artículo 10.- [Derechos de los docentes], literal h.
 - Artículo 47.- [Educación para las personas con discapacidad]
 - Artículo 48.- [Educación para niñas, niños, adolescentes, jóvenes y adultos con dotación superior]
 - Artículo 51.- [Educación en situaciones excepcionales]
- Reglamento a la Ley Orgánica de Educación Intercultural:
 - Artículo 227.- [Principios]
 - Artículo 228.- [Ámbito]
 - Artículo 229.- [Atención]
 - Artículo 230.- [Promoción y evaluación de estudiantes con necesidades educativas especiales]
- Ley Orgánica de Discapacidades:
 - Artículo 1.- [Objeto]
 - Artículo 2 [Ámbito]
 - Artículo 27.- [Derecho a la educación]
 - Artículo 28.- [Educación inclusiva]
 - Artículo 29.- [Evaluación para la educación especial]
 - Artículo 30.- [Educación especial y específica]
 - Artículo 31.- [Capacitación y formación a la comunidad educativa]
 - Artículo 32.- [Enseñanza de mecanismos, medios, formas e instrumentos de comunicación]
 - Artículo 33.- [Accesibilidad a la educación]
- Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades:
 - Artículo 7.- [Equipos multidisciplinarios especializados]

Revisar Anexo N° 56: Tabla N° 1. Los programas y proyectos que ejecuta el Ministerio de Educación.

Ley de reconocimiento de la educación bilingüe e intercultural.

A fin de facilitar el conocimiento de la normativa existente sobre Educación Intercultural Bilingüe, en el Anexo N° 57, se registran los vínculos de descarga, cuyo contenido será mencionado y/o citado a lo largo del presente documento.

En relación con el Anexo en mención, cabe destacar el siguiente articulado estipulado en las normas nacionales:

- Constitución de la República del Ecuador:
 - Artículo 57.- [Derechos colectivos], numeral 4.
 - Artículo 343.- [Sistema Nacional de Educación]
 - Artículo 347.- [Responsabilidades del Estado]
- Ley Orgánica de Educación Intercultural:
 - Artículo 77.- [Sistema de Educación Intercultural Bilingüe]
 - Artículo 79.- [Fundamentos]
 - Artículo 80.- [Fines]
- Reglamento General a la Ley Orgánica de Educación Intercultural: Título VIII “Del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe”, que contienen cuatro Capítulos.

Inclusión de enfoque de género, de derechos humanos y de cultura de pueblos indígenas y afrodescendientes en los contenidos básicos comunes.

- Constitución de la República del Ecuador: artículo 27.- [Directrices de la educación]
- Ley Orgánica de Educación Intercultural:
 - Artículo 91.- [Centros Educativos Comunitarios Interculturales Bilingües]
 - Artículo 92.- [Currículo]
- Reglamento General a la Ley Orgánica de Educación Intercultural
 - Artículo 241.- [Ámbito]
 - Artículo 241.- [Participación de la comunidad]
 - Artículo 243.- [Interculturalidad]
 - Artículo 244.- [Transversalización de la interculturalidad]
 - Artículo 245.- [Currículo del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe]
- Acuerdo Ministerial N° 0311 – 13 sobre el “Modelo del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe (MOSEIB)”:

A través del presente Acuerdo se establece el currículo de educación intercultural bilingüe, con las respectivas mallas curriculares y cargas horarias semanales de clases aplicables para los niveles de Educación General Básica y Bachillerato del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe.

Esta normativa es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos educativos del SEIB.

La malla incorpora asignaturas que dan cuenta de la pertinencia cultural y lingüística como son: “Lengua de la nacionalidad”; “Matemática y Etnomatemática”; “Entorno Natural y social intercultural”; “Estudios sociales y etnohistoria”, entre otras.

- Acuerdo Ministerial Nº 0440 – 13 sobre el MOSEIB:
El Sistema de Educación Intercultural Bilingüe (SEIB), de las nacionalidades y pueblos del Ecuador, titulares de derechos individuales y colectivos, comprende desde la Educación Infantil Familiar Comunitaria (EIFC), hasta el nivel superior. El MOSEIB, se enmarca en la construcción del Estado Plurinacional e Intercultural, y en el desarrollo sostenible y sustentable con visión de largo plazo.

El MOSEIB es el conjunto de políticas, fundamentos, principios, fines, objetivos, estrategias y estructura educativa de acuerdo con el nuevo modelo de gestión educativa que impulsa nuestro Estado; es de aplicación obligatoria en todos los niveles y modalidades de educación que ofertan los Centros Educativos Comunitarios Interculturales Bilingües (CECIB) compuesta por: Educación Infantil Familiar Comunitaria, Educación General Básica y Bachillerato; y, Unidades Educativas Comunitarias Interculturales Bilingües (UECIB) del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe.

En este contexto, se ha generado los instrumentos técnicos curriculares de educación intercultural bilingüe que también se denominan Adaptaciones Curriculares para EIB, según el Reglamento General a la LOEI, Título I, Cap. III. Del Currículo Nacional, Artículo 10. Éstos constituyen un sustento para el conjunto de los saberes y conocimientos de las nacionalidades y conocimientos de otras culturas.

Los instrumentos técnicos curriculares se encuentran organizados por unidades de aprendizaje integrado, en lenguas de las nacionalidades. Esto permite el tratamiento en lengua de la nacionalidad prioritaria (L1) y en castellano para el tratamiento en L2, como segunda lengua o lengua de relación intercultural.

Uso de las lenguas ancestrales en el Sistema de Educación Intercultural Bilingüe

Según el MOSEIB, el uso de las lenguas responde al porcentaje señalado en el Artículo 3 del Acuerdo Ministerial No. 440-13. Sin embargo el MOSEIB aún no se encuentra en pleno desarrollo; por el momento, se viene implementado en pocos CECIB considerados Guardianes de la Lengua, donde la enseñanza de las lenguas se realiza con la siguiente distribución:

- En Educación Infantil Familiar Comunitaria-EIFC (Inicial 1 y 2): 100% en lengua de la nacionalidad indígena;
- En Inserción a Procesos Semióticos – IPS- (1er grado-Preparatoria): 75% en lengua de la nacionalidad; 20% en español y 5% en lengua extranjera;
- En Fortalecimiento Cognitivo Afectivo Psicomotriz – FCAP- (2do, 3ro, 4to): 50% en lengua de la nacionalidad; 40% en español y 10% en Lengua extranjera;
- En Desarrollo de Destrezas y Técnicas de Estudio - DDT- (5to,6to,7mo): 45 % en lengua de la nacionalidad; 45% en español y 10% en lengua extranjera;
- En Procesos de Aprendizaje Investigativo (PAI) (8vo, 9no, 10mo): 40 % en lengua de la nacionalidad; 40 % en español y 20%.

Inclusión de educación sexual obligatoria en los distintos niveles educativos

Como parte del proceso educativo de niños, niñas, adolescentes y jóvenes del Sistema Educativo Nacional, y como eje transversal a la formación regular, desde la Subsecretaría para la Innovación y el Buen Vivir de la SENPLADES, se desarrolla el Programa Educando en Familia (EeF), mismo que comprende módulos de trabajo destinados a fortalecer la corresponsabilidad familiar en el desarrollo integral del estudiantado, explícitamente en “Educación de la Sexualidad y Afectividad”, las familias de los estudiantes de las IE’s comparten con sus hijos las orientaciones y lineamientos de Educación en la Sexualidad y Afectividad para fortalecer sus capacidades educadoras posibilitando orientar de forma afectiva y asertiva habilidades preventivas de autocuidado de su cuerpo, acompañar expresiones vinculadas a la sexualidad de sus hijos en los espacios más adecuados según su desarrollo evolutivo.

Para el efecto la meta planteada al 2015 es implementar el Módulo “Educación en la Sexualidad y Afectividad” como parte del Programa Educando en Familia en 86 IE’s que están incluidas en la política de fortalecimiento institucional, tanto del régimen Costa como de Sierra - Amazonía. A la fecha, se ha atendido a 86 IE, formando a 180 profesionales de los Departamentos de Consejería Estudiantil (DECE), 1.500 docentes capacitados para la ejecución de este módulo del Programa “EeF” (100%), mediante el diseño y entrega de guías mediadas pedagógicamente para los formadores y docentes tutores quienes han facilitado los talleres de sus grupos de familias a alrededor de 100.000 padres y madres.

Normas para la inclusión de niños, niñas y adolescentes con capacidades especiales o con capacidades excepcionales.

Acuerdo Ministerial Nro. 0295-2013 emitido por el Ministerio de Educación:

Artículo 2.- [Objeto].- A través de la presente normativa se regulan los mecanismos del Sistema Nacional de Educación para la atención a las personas con necesidades educativas especiales, asociadas o no a una discapacidad, a través de Instituciones Educativas Especializadas (IEE), los establecimientos de educación escolarizada ordinaria y las Unidades de Apoyo a la Inclusión (UDAI).

Artículo 4.- [Las Instituciones de Educación Especializada].-

La educación especializada se brindará a través de las Instituciones de educación especializada (IEE) que para el cumplimiento de su labor, contarán con talento humano, recursos didácticos e infraestructura especializada.

Accederán a estas instituciones los estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad, no susceptibles de inclusión, según se determine mediante la respectiva evaluación por parte del equipo multidisciplinario especializado de la institución.

Estas Instituciones contarán además con programas específicos de estimulación temprana, para padres de familia, y con programas de inclusión educativa sin perjuicio de otros que se consideren necesarios para el mejor cumplimiento de su labor.

Artículo 7.- [Niveles educativos].-

Las Instituciones de Educación Especializada (IEE) podrán contar con los tres niveles de educación (inicial, básica y bachillerato) señalados para la educación ordinaria en el artículo 27 del Reglamento General a la Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI).

Aquellas IEE que ofertan en dos o más niveles educativos antecederán a su denominación el siguiente enunciado: “Unidades de Educación Especializada.

Artículo 8.- [Currículo].- Los tres niveles educativos que puede tener una Institución de Educación Especializada estará regida por el currículo nacional, con las adaptaciones pertinentes y priorizado la autonomía funcional de sus estudiantes. La Autoridad Educativa Nacional establecerá a través de Acuerdo Ministerial el Sistema Especializado de Promoción y Evaluación aplicable.

Artículo 11.- [Concepto].-

La educación inclusiva define se como el proceso de identificar y responder a la diversidad de necesidades especiales de todas los estudiantes a través de la mayor participación en el aprendizaje, las culturas y en las comunidades, a fin de reducir la exclusión la educación. La educación inclusiva se sostiene en los principios constitucionales, legales nacionales y en los diferentes instrumentos internacionales referentes a su promoción y funcionamiento.

La educación inclusiva involucra cambios y modificaciones en contenidos, enfoques, estructura y estrategias con una visión común y la convicción de educar con calidad a todos los niños, niñas y adolescentes del rango de edad apropiado, es responsabilidad de los establecimientos de educación escolarizada ordinaria a nivel nacional en todos sus niveles y modalidades.

Artículo 12.- [Objetivos de la educación inclusiva].-

La educación inclusiva tiene como objetivos, entre otros los siguientes:

- a) Fomentar en la cultura e respeto a la diferencia, la tolerancia, la solidaridad, la convivencia armónica y la práctica del diálogo y resolución de conflictos;
- b) Eliminar las barreras del aprendizaje asociadas a infraestructura, funcionamiento institucional, sistemas de comunicación, recursos didácticos, currículo docentes contexto geográfico y cultural; y,
- c) Formar ciudadanos autónomos, independientes capaces de actuar activa y participativamente en el ámbito social y laboral.

Artículo 13.- [Descripción].-

La educación inclusiva debe entenderse como responsabilidad y vocación en todos los establecimientos de educación escolarizada ordinaria, los cuales deberán adoptar las medidas necesarias para permitir la admisión de aquellos estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas o no a una discapacidad. Los establecimientos de educación escolarizada ordinaria, respecto a su rol activo para la inclusión, deberán responder a los objetivos de la cultura inclusiva, velando por la construcción del conocimiento y el vínculo educativo entre docente y estudiante, aceptando la individualidad de todos los niños, niñas y adolescentes en el sistema escolar.

La determinación de la posibilidad de inclusión de un estudiante será realizada a través de la evaluación de la Unidad de Apoyo a la inclusión (UDAI), para las instituciones educativas públicas; o, en el caso de instituciones educativas privadas, por centros psicopedagógicos privados. En ambos casos se utilizarán los instrumentos definidos para tal efecto por la Dirección Nacional de Educación Especial e Inclusiva, con la aprobación de la Subsecretaría de Coordinación Educativa.

Para efectos de planificación y organización dentro de los establecimientos de educación escolarizada ordinaria, de acuerdo al siguiente cuadro se considerarán por cada discapacidad los siguientes equivalentes de atención necesaria en relación a estudiantes sin discapacidad:

Discapacidad	Equivalente estudiantes sin discapacidad
Visual	3
Auditiva	2
Intelectual	4
Física	2
Autismo	5

Artículo 20.- [Definición].-

La Unidad de Apoyo a la Inclusión -UDAI- es un servicio educativo especializado y técnicamente implementado para la atención a los estudiantes con necesidades educativas especiales a través de la evaluación, asesoramiento, ubicación e intervención psicopedagógica en los diversos programas y servicios educativos, en todas las modalidades de atención (a distancia, semi-presencial, diurna, nocturna) y en todos los niveles del sistema educativo (inicial, básica y bachillerato de las instituciones fiscales).

La misión de la UDAI será facilitar la inclusión de los niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales, asociadas o no a una discapacidad, y que no necesiten la atención de una institución de educación especializada. Organizativa, financiera y administrativamente la UDAI será atendida y rendirá cuentas directamente ante la correspondiente Dirección Distrital de educación.

Acceso a información y participación

- Constitución de la República del Ecuador:
 - Artículo 100.- [Objetivos del ejercicio de la participación], numeral 4
 - Artículo 207.- [Objeto del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social]
 - Artículo 276.- [Objetivos del régimen de desarrollo], numeral 3

- Ley Orgánica de Participación Ciudadana (LOPC):
Publicada en el registro oficial el 20 de abril del 2010, establece mecanismos y herramientas que faciliten la participación de las organizaciones y movimientos sociales de pueblos y nacionalidades así como de la ciudadanía en general, en su relacionamiento con el Estado.

En el artículo 96 se establece que "El Estado garantiza el derecho que tienen las ciudadanas y ciudadanos de acceso libremente a la información pública, de conformidad con la Constitución y la ley. Este derecho constituye un instrumento fundamental para ejercer la participación ciudadana, la rendición de cuentas y el control social".

- Ley Orgánica de Acceso a la Información Pública (LOTAIP):
Artículo 2.- [Objeto de la Ley].- La presente Ley garantiza y norma el ejercicio del derecho fundamental de las personas a la información conforme a las garantías consagradas en la Constitución de la República, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Convención Interamericana sobre Derechos Humanos y demás instrumentos internacionales vigentes, de los cuales nuestro país es signatario. [...]
f) Facilitar la efectiva participación ciudadana en la toma de decisiones de interés general y su fiscalización.

Además, la LOTAIP señala mecanismos específicos que pueden ser clasificados como de rendición de cuentas. Por ejemplo está la información sobre la ejecución de los planes locales, sobre el avance de los procesos y proyectos y la información financiera de cada uno de ellos.

Características, cobertura (territorial y temática), presupuesto y jurisdicción del sistema estadístico en materia educativa.

El objetivo principal del Nuevo Modelo de Gestión Educativa es renovar procesos y automatizar procedimientos para mejorar la atención al público y así alcanzar una alta desconcentración de la gestión educativa. Este modelo divide el territorio nacional en zonas, distritos y circuitos, para facilitar y racionalizar la prestación de servicios educativos en lugares cercanos a la ciudadanía.

Es así que, la metodología propuesta está diseñada para contribuir al cierre de brechas y de esta manera, responder adecuadamente a las distintas realidades territoriales. El propósito de la misma tiene que ver con la optimización en la entrega del servicio educativo a través de una provisión más localizada, y una oferta más eficiente en términos de calidad y cobertura.

En el Acuerdo Ministerial Nro. MINEDUC-ME-2015-157-A, firmado por el señor Ministro de Educación Augusto Espinosa, el 25 de septiembre de 2015, se expide la siguiente REFORMA AL "ESTATUTO ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, expedido con Acuerdo Ministerial 020-12 de 25 de enero de 2012:

En el artículo 1, en la parte que corresponde a la Unidad Responsable.- Dirección de Análisis e Información Educativa, se plantea su misión: "Proveer de información oportuna, verás, efectiva y confiable a toda la comunidad educativa, así como a la ciudadanía en general, referente a la estadística y economía del sector educativo, que contribuya para la toma de decisiones, desarrollo de políticas y estrategias del Ministerio de Educación".

Algunas de las atribuciones y responsabilidades:

- Consolidar, clasificar y analizar la información estadística y económica educativa para el análisis y desarrollo de las políticas educativas del MINEDUC.
- Analizar, diseñar y reformular el Sistema de Información de Registros Administrativos, en función de las necesidades de las distintas áreas del Ministerio de Educación.
- Desarrollar estudios de Diagnóstico y proyección de necesidades del MINEDUC, en función de la información generada por el mismo.

- Coordinar con las instancias del MINEDUC la supervisión, Administración y mejoramiento de los procesos de generación, validación y estandarización, análisis y publicación de las estadísticas e indicadores e la Institución.
- Validar y procesar la información educativa que maneja el MINEDUC.

En este contexto, la información solicitada a la Dirección Nacional de Comunicación del Ministerio de Educación, preferentemente por la Secretaría Nacional de Comunicación (SECOM), por las Autoridades del MINEDUC, quienes generalmente solicitan “Ayudas Memorias” para las diferentes actividades que son de su competencia.

La Dirección Nacional de Comunicación Social direcciona estos requerimientos a la Coordinación General de Planificación y la Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa, con la finalidad de recolectar la información requerida y solicita a las unidades administrativas de la planta central del MINEDUC, remitan la información oportunamente, con la finalidad de que la DINAIE, responda en forma eficiente y eficaz los requerimientos de información realizadas por las diferentes instancias gubernamentales.

También se obtiene información estadística del AMIE (Archivo Maestro de Instituciones Educativas), el AMIE empezó su funcionamiento en el año 2007 hasta la presente fecha.

El Sistema Nacional de Estadística y Censo (SINEC) registra información desde el año 1993 hasta el año 2006.

Finalmente de la Comunidad Educativa en Línea, la Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa del MINEDUC, se encarga de la recolección de la información, procesamiento, análisis y validación de la información requerida, esta información es remitida por el equipo de trabajo al Director Nacional de Análisis e Información Educativa, quien una vez revisada y analizada la información requerida, reenvía a la Dirección Nacional de Comunicación Social, misma que tiene entre sus competencias la entrega a las autoridades que solicitan, difundir y/o publicar en la página web del MINEDUC – www.educacion.gob.ec

Señales de progreso

Características, cobertura y periodicidad de campañas de difusión del derecho a la educación.

Ver Anexo N° 58: Tabla N° 1. Objetivos, espacios de difusión, cobertura y periodicidad de campañas de difusión del derecho a la educación.

Características, cobertura y periodicidad de campañas de difusión para la erradicación del analfabetismo

El Proyecto EBJA, realiza campañas de inscripción de beneficiarios en ofertas para jóvenes y adultos con escolaridad inconclusa dos veces al año en enero y julio, estas campañas se realizan mediante la entrega de afiches informativos en los Distritos Educativos y se refuerza con visitas puerta a puerta de docentes en sectores rurales, adicionalmente se genera reuniones informativas en las IE's y asambleas con líderes comunitarios de los lugares en donde se brindará el servicio educativo.

Ver Anexo N° 59: Tabla N° 1. Objetivos, espacios de difusión, cobertura y periodicidad de campañas de difusión para la erradicación del analfabetismo.

Existencia de instancias contenciosas administrativas.

El ejercicio de la jurisdicción Contencioso Administrativa en el Ecuador está regulado por la Ley de la Jurisdicción Contencioso Administrativa. Los recursos contenciosos administrativos que pueden interponer las personas

naturales o jurídicas son contra los reglamentos, actos y resoluciones de la Administración Pública o de las personas jurídicas semipúblicas que causen estado, y vulneren un derecho o interés directo del demandante.

También se puede interponer recurso contencioso administrativo contra resoluciones administrativas que lesionen derechos particulares establecidos o reconocidos por una ley, cuando tales resoluciones hayan sido adoptadas como consecuencia de alguna disposición de carácter general, si con ésta se infringe la ley en la cual se originan aquellos derechos.

El recurso contencioso administrativo es de dos clases: de plena jurisdicción o subjetivo y de anulación u objetivo.

- El recurso de plena jurisdicción o subjetivo ampara un derecho subjetivo de recurrente, presuntamente negado desconocido o no reconocido total o parcialmente por el acto administrativo de que se trata.
- El recurso de anulación, objetivo o por exceso de poder, tutela el cumplimiento de la norma jurídica objetiva, de carácter administrativo, y puede proponerse por quien tenga interés directo para deducir la acción, solicitando al Tribunal la nulidad del acto impugnado por adolecer de un vicio legal (Artículo 1, 2 y 3 Ley de la Jurisdicción Contencioso Administrativa).

Existencia de servicios jurídicos gratuitos integrales de protección del derecho a la educación.

El artículo 191 de la CRE establece que “[l]a Defensoría Pública es un órgano autónomo de la Función Judicial cuyo fin es garantizar el pleno e igual acceso a la justicia de las personas que, por su estado de indefensión o condición económica, social o cultural, no puedan contratar los servicios de defensa legal para la protección de sus derechos.

La Defensoría Pública prestará un servicio legal, técnico, oportuno, eficiente, eficaz y gratuito, en el patrocinio y asesoría jurídica de los derechos de las personas, en todas las materias e instancias [...]”.

Existencia de oficinas públicas de mediación o reconciliación para resolver cuestiones vinculadas con educación.

El Consejo de la Judicatura ha registrado 63 centros de mediación a nivel nacional, 14 de ellos son centros públicos y 49 centros privados.

El Consejo de la Judicatura cuenta con 89 oficinas del Centro de Mediación de la Función Judicial que presta servicio en las 24 provincias del Ecuador.

No se han registrado casos vinculados con el derecho a la educación pero podrían ser atendidos por tratarse de aspectos transigibles.

Aplicación de garantías procesales en los procedimientos judiciales en materia de educación: i) independencia e imparcialidad del tribunal; ii) plazo razonable; iii) igualdad de armas; iv) cosa juzgada; v) vías recursivas de sentencias en instancias superiores.

La CRE establece a partir del artículo 76 al 82 los derechos de protección, entre los que constan la independencia e imparcialidad del tribunal (artículo 76 literal k); Plazo razonable (artículo 75. Acceso a justicia expedita, con sujeción a los principios de inmediación y celeridad); Igualdad de armas (artículo 76, numeral 7); Vías recursivas de sentencias en instancias superiores (artículo 76, numeral 7, literal m) Recurrir el fallo o resolución en todos los procedimientos en los que se decida sobre sus derechos).

Indicadores de procesos

Nivel de desempeño de los estudiantes según el sistema nacional de evaluación de la educación

— Evaluación Ser Bachiller:

En el Anexo N° 60 se detalla los datos correspondientes a los estudiantes de tercer año de Bachillerato que rindieron la evaluación “Ser Bachiller” en el año 2014.

— Examen Nacional para la Educación Superior (ENES):

65.525 estudiantes que declararon ser bachilleres, rindieron el examen ENES. Como resultado de esta evaluación se tiene que con fecha de corte septiembre 2015, el 85,97% aprobó y el 14,03% no completó el puntaje necesario. Ver Anexo N° 61:

Tabla N° 1. Aspirantes Aprobados en ENES.

Tabla N° 2. Aspirantes No Aprobados en ENES.

Tasa de asistencia escolar neta por sexo, grupos de edad, área geográfica, nivel de enseñanza (inicial, primaria, secundaria básica y secundaria orientada), desagregada por sexo, quintiles de ingreso, etnia/raza, urbano rural.

Ver Anexo N° 62:

Tabla 1. Tasa neta de asistencia (6 a 11 años de edad) en el nivel de primaria por período.

Tabla 2. Tasa neta de asistencia (12 a 17 años de edad) en el nivel de secundaria.

Porcentaje de sobreedad por sexo, etnia/raza y área geográfica.

Ver Anexo N° 63:

Tabla 1. Porcentaje de estudiantes de nivel primario con sobreedad (mayores de 11 años).

Tabla 2. Porcentaje de estudiantes de nivel primario con sobreedad (mayores de 11 años).

Tabla 3. Porcentaje de estudiantes de nivel medio con sobreedad (mayores de 17 años).

Tabla 4. Porcentaje de estudiantes de nivel medio con sobreedad (mayores de 17 años).

Cantidad de días de clase según la norma.

El Reglamento a la Ley Orgánica de Educación Intercultural en su Artículo 146 estipula que “Año lectivo.- El año lectivo se debe desarrollar en un régimen escolar de dos (2) quimestres en todas las IE’s públicas, fiscomisionales y particulares, y debe tener una duración mínima de doscientos (200) días de asistencia obligatoria de los estudiantes para el cumplimiento de actividades educativas, contados desde el primer día de clases hasta la finalización de los exámenes del segundo quimestre.

El año lectivo en las IE’s públicas, fiscomisionales y particulares debe empezar hasta la primera semana de mayo en el régimen de Costa y hasta la primera semana de septiembre en el régimen de Sierra, salvo situaciones de emergencia oficialmente declaradas por el Nivel Central de la Autoridad Educativa Nacional.

Son imputables al año lectivo, como actividades educativas de régimen escolar, las siguientes: clases, evaluaciones y programas educativos reconocidos por el Nivel Central de la Autoridad Educativa Nacional. El resto de actividades educativas deben constar en el cronograma de actividades del establecimiento y no pueden exceder del cinco por ciento (5%) de los doscientos (200) días fijados como obligatorios para el año lectivo”.

Nota: Artículo reformado por el Artículo 5 del Decreto Ejecutivo No. 811, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 635, de 25 de Noviembre de 2015.

Cobertura de programas y acciones concretas en todos los niveles educativos para el acceso y permanencia en el sistema educativo de sectores vulnerables por zona de residencia (urbano/rural).

- Educación Inicial y Básica:
 - Para facilitar el acceso y la permanencia en la oferta educativa del nivel de educación inicial y educación general básica se han repotenciado instituciones educativas, y se han construido bloques exclusivos en las Unidades Educativas del Milenio para la atención de niños y niñas que asisten a estos niveles.
 - Se concreta el diseño de una modalidad de trabajo con familias en educación inicial orientado a atender niños y niñas de educación inicial en zonas de alta dispersión geográfica.
 - En zonas urbanas marginales, se han construido réplicas de IE's emblemáticas (colegios con amplio reconocimiento y valoración social).
 - Como política de eliminación de barreras de acceso y de incremento de la permanencia y culminación de procesos se implementan las siguientes estrategias:
 - a) Educación inicial: entrega de uniformes y de alimentación escolar (desayuno y refrigerio)
 - b) Educación básica y bachillerato: entrega de uniformes, de alimentación escolar (refrigerio y almuerzos UEMs) y de textos escolares en todos los niveles.
 - c) Puesta en funcionamiento de IE's con pertinencia intercultural (Guardianas de la lengua) en zonas con alta densidad de población originaria.
 - d) Desarrollo de diferentes estrategias de formación y de capacitación a docentes en la implementación del currículo de educación inicial, reorganización de ambientes de aprendizaje logrando como objetivo final la no escolarización de este nivel.
- El Proyecto de Educación Básica para Jóvenes y Adultos (EBJA) ofrece alternativas de estudio con contenidos específicos para personas de 15 años en adelante con Escolaridad Inconclusa; las modalidades y contenidos son propias para que esta población se reinserte o ingrese por primera vez al sistema educativo, adicionalmente los horarios permiten que los estudiantes no tengan que dejar de laborar.

Tabla N° 18. Atención en Alfabetización y Post Alfabetización – Zona de Residencia

Sector	2011	2012	2013	2014	2015
Rural	48.602	63.412	52.036	34.330	29.054
Urbano	39.110	49.580	72.154	29.649	27.374

Fuente: Sistema Informático del Proyecto EBJA (Agosto, 2015)

En el cuadro que antecede se aprecia que existe un mayor número de personas que participan en programas de alfabetización y post alfabetización en áreas rurales en comparación con áreas urbana. Durante el periodo 2015 el Proyecto EBJA focalizó la cobertura de atención prioritariamente en zonas rurales, ya que son sitios en donde la población tiene dificultades de acceso a los servicios educativos.

Cobertura de programas destinados a educación de primera infancia y educación de jóvenes y adultos (EDJA) por zona de residencia (urbano/rural).

Tabla N° 19. Cobertura de Atención – Educación Inicial y Básica

Ítem	Cobertura de atención en educación inicial		
	2013	2014	2015
Cobertura de población demandante efectiva atendida (fiscal, Fiscomisional y municipal) (AMIE)	133.525	197.218	267.551

Fuente: MinEduc-AMIE

Elaborado: Equipo de Dirección Nacional de Educación Inicial y Básica

En la tabla anterior, se refleja el incremento paulatino de la política de incrementar el acceso a programas de primera infancia (educación inicial); en sintonía con el Objetivo 2 del Plan Nacional del Buen Vivir “Auspiciar la igualdad, la cohesión, la equidad social en la diversidad y la equidad social”, al 2017 se alcanzará una cobertura del 65%.

Tabla N° 20. Cobertura de Atención - Educación de Jóvenes y Adultos

Población	2011	2012	2013	2014	2015
Alfabetización	87.712	112.992	124.190	63.979	5.999
Post Alfabetización					50.429
Básica Superior					31.191
Bachillerato					5.221
Total	87.712	112.992	124.190	63.979	92.840

Fuente: Sistema Informático del Proyecto EBJA (agosto 2015)

En la tabla anterior se detalla la cobertura de atención del Proyecto EBJA, que beneficia a jóvenes y adultos de 15 años en adelante con las ofertas de alfabetización, post alfabetización, básica superior y bachillerato para personas con escolaridad inconclusa.

Hasta el año 2014 se ofertó únicamente alfabetización, a partir del año 2015 se dio continuidad a la población que requiere completar su educación hasta completar el nivel de bachillerato.

Señales de progreso

Encuestas y/o estudios sobre el grado de satisfacción de los destinatarios del sistema educativo considerando si el mismo es accesible (cultural, geográfica o económicamente) y se adapta a los requerimientos de la población.

El estudio realizado fue el “Índice de percepción de calidad de servicios públicos de educación y salud” que se recoge en la Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). En cuanto a la calificación de la educación pública, tenemos como:

- Numerador: Número promedio de personas 16 años y más que han calificado su percepción sobre la calidad de la educación pública: básica, bachillerato o superior.
- Denominador: Total de personas de 16 años y más.

Tabla 21. Percepción de la calidad de servicios de educación pública

2013	2014
7,40	7,28

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios

Porcentaje del gasto público social destinado a educación.

Ver Anexo N° 64: Tabla N° 1. Porcentaje de gasto público en educación como porcentaje del PGE.

Gasto público en educación por niveles educativos (primera infancia, primaria, secundaria, técnica, superior)

Ver Anexo N° 65:

- Tabla N° 1. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla N° 2. Gasto educativo por nivel, año 2008.

- Tabla N° 3. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla N° 4. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla 5. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla 6. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla 7. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla 8. Gasto educativo por año.

Porcentaje de inversión en I+D en la región con respecto al PIB.

Ver Anexo N° 66: Tabla N° 1. Cálculo - Gasto Público en Educación Inicial (3-4 años), Básica y Bachillerato como porcentaje del PIB.

Gasto por alumno, por niveles de educación, como porcentaje del PIB per cápita.

Ver Anexo N° 67:

- Tabla N° 1. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2010
- Tabla N° 2. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2011
- Tabla N° 3. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2012
- Tabla N° 4. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2013
- Tabla N° 5. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2014

Gasto privado en educación, como porcentaje del PIB.

Bajo la Ley Orgánica de educación Intercultural Capítulo II: De las Obligaciones del Estado respecto al derecho a la Educación Artículo 6.- Obligaciones literal d) Garantizar la universalización de la educación en sus niveles inicial, básico y bachillerato, así como proveer infraestructura física y equipamiento necesario a las instituciones públicas; *Por lo tanto no se dispone de información del sostenimiento privado.*

Distribución del gasto por jurisdicciones (estadales, locales, provinciales).

Ver Anexo N° 68: Tabla N° 1. Detalle de presupuesto devengado por años y provincia*

Porcentaje de docentes sin título específico.

Ver Anexo N° 69:

- Tabla N° 1. Número de docentes por modalidad laboral y ubicación zonal.
- Tabla N° 2. Porcentaje de docentes sin título.

Señales de progreso

Avances específicos en el cumplimiento de la gratuidad, universalidad y obligatoriedad y de las metas educativas de los Estados.

Metas educativas:

- Alcanzar la tasa neta asistencia/matricula de Educación inicial (3 a 4 años 11 meses) al 95%.
- Mantener la tasa neta de asistencia a EGB sobre el 95%

Ver Anexo N° 70:

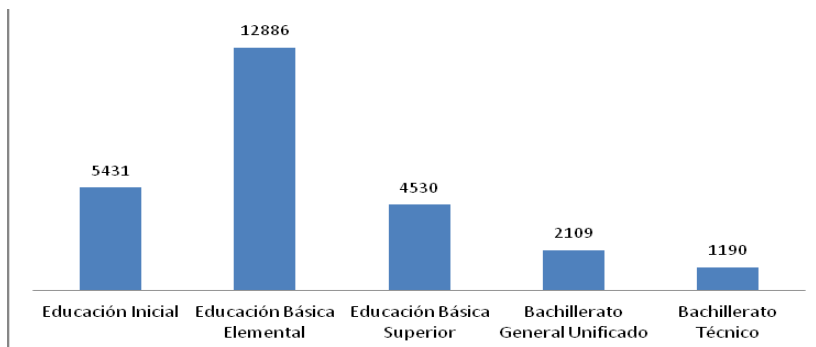
- Tabla N° 1. Tasa neta de matrícula - Educación Inicial.
- Tabla N° 2. Tasa neta de asistencia – Educación General Básica.

Capacidades estatales

Oferta de establecimientos educativos públicos de acuerdo a niveles: primera infancia (de 0 a 6 años); educación básica y media (6 a 17 años) universitarios, educación de jóvenes y adultos.

A continuación se detalla la información de acuerdo a la base de IE's y matrícula, con corte Sierra Julio 2015 y Costa Octubre 2015. Es necesario indicar que es competencia del Ministerio de Educación, la población en edad escolar entre 3 – 17 años, correspondientes a los siguientes niveles:

Tabla N° 22. Oferta de Instituciones Educativas



Fuente: Ministerio de Educación

Las IE's reflejadas pueden ofertar uno o más niveles, por lo que han sido consideradas para varios casos, es así que el cuadro debe interpretarse de la siguiente manera:

- Existen 5431 IE's que ofertan al menos Educación Inicial.
- Existen 12886 IE's que ofertan al menos Educación General Básica Elemental.
- Existen 4530 IE's que ofertan al menos Educación General Básica Superior.
- Existen 2109 IE's que ofertan al menos Bachillerato General Unificado.
- Existen 1190 IE's que ofertan al menos Bachillerato Técnico.

Número de establecimientos y cantidad de vacantes.

Existe una diferenciación entre institución y establecimiento, puesto que una institución educativa es un conjunto de personas y bienes promovida por autoridades públicas o particulares, cuya finalidad es brindar un servicio educativo, mientras que un establecimiento es el espacio físico en donde funciona dicha institución.

De acuerdo a la base geo referenciada, con corte a octubre 2015, actualmente constan 13.985 establecimientos y 13.550 IE's activas, con sostenimiento fiscal y que brindan educación escolarizada y ordinaria.

Por otro lado, existen 2.629 vacantes (partidas docentes) a nivel nacional, las mismas que deberán ser cubiertas por concurso de méritos y oposición mediante el programa "Quiero ser Maestro".

Porcentaje de establecimientos educativos (en todos los niveles incluyendo el universitario) con bibliotecas según cantidad de libros.

A la fecha se cuenta con 751 bibliotecas escolares en IE's fiscales, y una biblioteca escolar con atención a la comunidad en general ubicada en la ciudad de Quito, de acuerdo al siguiente detalle:

Tabla N° 23. Bibliotecas Escolares

Detalle	Número
Instituciones Educativas con fondo bibliográfico	681
Biblioteca Pablo Palacio (biblioteca escolar con atención a la comunidad en general)	1

Fondo bibliográfico en las Instituciones Educativas	297.081
Fondo bibliográfico en la Biblioteca Pablo Palacio	20.150
Total Fondo bibliográfico*	317.231

Fuente: Ministerio de Educación (noviembre, 2015)

*Fondo bibliográfico: Se entiende como el número de libros disponibles en una biblioteca.

Igualdad y no discriminación

Porcentaje de becas a alumnos/as de todos los niveles educativos.

Hasta el nivel de bachillerato, el Ministerio de Educación no otorga becas a los estudiantes ya que la educación pública es gratuita

En los niveles de pregrado y posgrado, la institución encargada de otorgar becas es la Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología e Innovación (SENESCYT). Hasta el mes de febrero de 2016, se han adjudicado un total de **11.575** becas para estudios de grado y posgrado en el exterior, de las cuales, el 63% de becas son para estudios de Maestría, mientras que el 20% realiza estudios de Doctorado y el 12% de Pregrado. Se adjunta el Anexo N° 71.

Porcentaje de educadores que tienen el título específico educación inicial

Ver Anexo N° 72:

- Tabla N° 1. Número de educadores por modalidad laboral y ubicación zonal.
- Tabla N° 2. Porcentaje de educadores que tienen el título específico educación inicial.

Porcentaje de matrícula de primaria de tiempo completo o doble turno por gestión (pública o privada).

Ver Anexo N° 73: Tabla N° 1. Porcentaje de estudiantes matriculados en primaria por periodo, según sostenimiento y jornada.

Cantidad de computadores en la escuela por alumno para tareas de aprendizaje.

En el levantamiento de información tecnológica que se realizó en cada una de las Coordinaciones Zonales a mediados del año 2014, se pudo identificar el estado de los equipos tecnológicos que se detalla en el Anexo N° 74.

En función del levantamiento tecnológico realizado en las IE's Públicas del país, se determina que existe un aproximado de 88.112 equipos distribuidos en las 9 Coordinaciones Zonales.

Con respecto a la pregunta sobre el número de equipos por estudiante en las IE's públicas del país, podemos informar que existen 0,025 máquinas por estudiante, considerando el universo actual de estudiantes que existen en la educación pública del país (3'500.000 estudiantes).

Señales de progreso

Frecuencia y resultados en la actualización de los contenidos básicos de la educación que incorpore el enfoque de género, étnico, de derechos humanos y ciudadanía en los currículos de las diferentes etapas educativas.

La Actualización y Fortalecimiento curricular de la Educación General Básica se realizó a partir de la evaluación del currículo de 1996 y su implementación se inició en septiembre de 2010. En el diseño curricular se plantea como objetivo principal: *desarrollar la condición humana y preparar para la comprensión, la formación de ciudadanos que practiquen valores que les permiten interactuar con la sociedad con respeto, responsabilidad, honestidad y solidaridad, aplicando los principios del Buen Vivir.*

El principio del Buen Vivir y la educación interactúan de dos modos. Por una parte, el derecho a la educación que permite el desarrollo de las potencialidades humanas y garantiza la igualdad de oportunidades. Por otra parte, el Buen Vivir es eje esencial de la educación, por lo cual y para concretizar su desarrollo se definen en la estructura curricular, los siguientes ejes transversales: La interculturalidad, la formación de una ciudadanía democrática, la protección del medio ambiente, el cuidado de la salud y los hábitos de recreación de los estudiantes, la educación sexual en los jóvenes. Estos ejes transversales a su vez se los visibiliza en el tratamiento de los bloques curriculares, que organizan e integran un conjunto de destrezas al interior de cada una de las áreas curriculares que buscan desarrollar el saber ser y saber hacer.

A partir del 2014, el MINEDUC previó un estudio de seguimiento y valoración de los logros alcanzados con la Actualización y Fortalecimiento Curricular, se inició un proceso de ajuste curricular que entre otros aspectos ha buscado incorporar los ejes transversales en los contenidos curriculares de cada una de las áreas, con mayor énfasis en las áreas de Estudios sociales y Ciencias Naturales. El producto del ajuste curricular, se implementará a partir de septiembre de 2016 en el régimen Sierra.

Acceso a información y participación

Número de proyectos presentados y aprobados en los que diferentes sectores sociales participan y que se aplican de forma integrada al diseño de la educación.

Se describen los Proyectos de Inversión que forman parte del PAI 2016 del MINEDUC, no se consideran arrastres:

1. Educación inicial de calidad y con calidez.
2. puesta en marcha y desarrollo de instrumentos para la gestión de la estrategia de desarrollo infantil.
3. Educación básica para jóvenes y adultos.
4. Incremento a la inversión del presupuesto 2008 para el programa de alimentación escolar del ministerio de educación.
5. Fortalecimiento de la educación intercultural bilingüe.
6. Reducción de riesgos ante los desastres naturales en la comunidad educativa en Ecuador
7. Sistema nacional de desarrollo profesional SIPROFE.
8. Fortalecimiento de la calidad educativa.
9. Modelo de educación inclusiva.
10. Nuevo modelo de supervisión educativa.
11. Sistema integral de tecnologías para la escuela y la comunidad.
12. Teleeducación.
13. Implementación de escuelas del buen vivir.
14. Proyecto emergente de las unidades educativas del milenio y establecimientos anexos.

15. Programa nacional de infraestructura para la universalización de la educación con calidad y equidad.
16. Nueva infraestructura educativa.
17. Unidades educativas del milenio para la frontera norte.
18. Construcción de escuelas seguras multifuncionales.

Señales de progreso

Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de su derecho a la educación en todos los niveles del sistema (educación formal, no formal, primera infancia, EDJA)

Primera Infancia

A través de la estrategia de la primera infancia “Programa Infancia Plena”, que es una acción intersectorial entre MIES, MINEDUC y MSP, se llevan a cabo campañas de difusión para el desarrollo infantil integral de niños y niñas de 0 a 5 años. En la página web del MINEDUC existe un enlace electrónico destinado a la actualización de información sobre educación inicial y a su vez en EDUCA TV se promueven 7 programas destinados a educación inicial.

1. El taller de Papo (12 episodios)
2. Programa Jack+Limon 2
3. Corazón de cucharón
4. Mi voz mundo 2
5. La nota de lata (música infantil instrumental)
6. Veo Veo
7. Érase una vez

Educación de Jóvenes y Adultos

- Actualmente los medios de comunicación más utilizados para la difusión de campañas educativas para jóvenes y adultos son las redes sociales (Twitter y Facebook institucionales), transmisión de productos comunicacionales en EDUCA T, a través de medios audiovisuales, resumen semanales de actividades del gobierno a sus mandantes, medios locales y boletines de prensa replicados en medios escritos.
- Adicionalmente, las ofertas de básica y bachillerato intensivo se las ha socializado a nivel nacional mediante ruedas de prensa y boletines en medios de comunicación y vocerías locales de las autoridades.
- La población objetivo de estos programas son personas de 15 años en adelante con rezago educativo que tienen la necesidad de culminar sus estudios.

A más de lo señalado anteriormente, se debe indicar que para la vinculación de la ciudadanía, organizaciones y movimientos sociales en la construcción de la política pública de educación, la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, establece entre otros mecanismos el de los Consejos Ciudadanos Sectoriales (CCS).

Artículo 52.- [Los consejos ciudadanos sectoriales].- Son instancias sectoriales de diálogo, deliberación y seguimiento de las políticas públicas de carácter nacional y sectorial; constituyen un mecanismo para la discusión de los lineamientos y seguimiento de la evolución de las políticas ministeriales. Serán impulsados por la Función Ejecutiva y se desempeñarán como redes de participación de la sociedad civil articuladas a los ministerios sectoriales. [...]

Se adjunta en calidad de Anexo N° 75, el Acta de Reestructuración del Consejo Ciudadano Sectorial de Educación de fecha 29 de julio de 2015.

Acceso a la justicia

Políticas de capacitación de jueces y abogados en derecho a la educación. Cobertura temática y alcance.

El Consejo de la Judicatura a través de la Escuela de la Función Judicial capacita a las y los juezas y jueces que han ganado el concurso de méritos y oposición. Dentro de las capacitaciones obligatorias se encuentra el curso de formación inicial de Derechos Humanos en el que se incluyen los derechos económicos, sociales y culturales. Se realizará un curso de formación continua específico sobre garantías jurisdiccionales.

Indicadores de Resultados

Recepción del derecho

Tasa neta de cobertura educativa por niveles de enseñanza (educación primera infancia hasta EDJA).

Ver Anexo N° 76:

- Tabla 1. Tasa neta (6 a 11 años) de matrícula en primaria a nivel nacional.
- Tabla 2. Tasa neta de matrícula en secundaria (12 a 17 años) a nivel nacional.

Tasa de analfabetismo de la población mayor de 15 años de edad, por sexo, etnia, raza, grupos de edad, área geográfica.

Ver Anexo N° 77: Tabla 1. Tasa de analfabetismo de personas de 15 años en adelante a nivel nacional por periodo, según área, sexo, auto identificación étnica e ingreso per cápita.

Porcentaje de los estudiantes que comienzan el nivel preescolar y primer grado y llegan al último año de la enseñanza primaria ODM.

Ver Anexo N° 78: Tabla 1. Porcentaje de personas de 12 años y más con educación primaria completa.

Porcentaje de escolarización (primaria completa) y de finalización de la educación primaria por sexo, etnia/raza y zona geográfica.

Ver Anexo N° 79: Tabla 1. Porcentaje de personas de 12 años y más con educación primaria completa.

Porcentaje de escolarización (secundaria completa) y de finalización de la educación secundaria por sexo, etnia/raza y zona geográfica.

Ver Anexo N° 80: Tabla 1. Porcentaje de personas de 18 años y más con educación secundaria completa.

Porcentaje de niños y niñas no escolarizados (primaria)

Ver Anexo N° 81: Tabla 1. Porcentaje de personas de 6 a 11 años que no ingresaron al sistema educativo o aprobaron al menos hasta 5to grado de primaria y no asisten a clases.

Porcentaje de adolescentes no escolarizados (secundaria).

Ver Anexo N° 82: Tabla 1. Porcentaje de personas de 12 a 17 años que no ingresaron al sistema educativo o aprobaron al menos hasta 5to curso de secundaria y no asisten a clases.

Número medio de años de escolaridad completados por sexo, grupos de edad (perfil educativo y adultos), etnia/raza, área geográfica, quintiles de ingreso.

Ver Anexo N° 83: Tabla 1. Años de escolaridad promedio de personas de 24 años en adelante.

Tasa neta de matrícula, según nivel de enseñanza, por sexo, edad, etnia/raza, área geográfica y quintiles de ingreso.

Ver Anexo N° 84:

- Tabla 1. Tasa neta (6 a 11 años) de matrícula en primaria a nivel nacional.
- Tabla 2. Tasa neta de matrícula en secundaria (12 a 17 años) a nivel nacional.

Tasa de conclusión (promovidos) de la primaria y secundaria, por sexo, edad, etnia/raza, área geográfica y quintiles de ingreso.

Ver Anexo N° 85: Tabla 1. Tasa de conclusión de estudiantes de primaria y secundaria por período, según área y sexo.

Porcentaje de alumnos con sobreedad y tasa de abandono interanual en el nivel primario.

Ver Anexo N° 86: Tabla N° 1. Tasas de deserción y supervivencia por género y zona (INEC).

Porcentaje de alumnos con sobreedad y tasa de abandono interanual en el nivel secundario.

Ver Anexo N° 87: Tabla N° 1. Tasas de deserción y supervivencia por género y zona (INEC).

Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios

Tamaño de la sección de alumnos por docente, según nivel de enseñanza.

De acuerdo al cálculo de Plantilla Óptima Ideal se obtuvieron resultados por nivel, para las diferentes tipologías, que funcionan a 1 o 2 jornadas. Revisar: Anexo N° 88:

- Tabla N° 1. Unidad Educativa Mayor (1 jornada)
- Tabla N° 2. Unidad Educativa Mayor (2 jornadas)
- Tabla N° 3. Unidad Educativa Menor (1 jornada)
- Tabla N° 4. Unidad Educativa Menor (2 jornadas)
- Tabla N° 5. Unidad Educativa Pluridocente (1 jornada)
- Tabla N° 6. Unidad Educativa Bidocente (1 jornada)

Porcentaje promedio de ingresos del hogar gastados en educación por quintil de ingreso.

Ver Anexo N° 89:

- Cuadro N° 1: Gastos Promedio Mensual según jefe de hogar.
- Cuadro N° 2: Pago mensual de pensión de enseñanza preescolar y primaria según quintiles de ingreso.
- Cuadro N° 3: Pago mensual de pensión de enseñanza secundaria según quintiles de ingreso.
- Cuadro N° 4: Gasto anual en lista de útiles según quintiles de ingreso.

Capacidades estatales

Nivel medio educativo de la población, por años de escolaridad y desagregado por sexo.

Los años de escolaridad se respondió anteriormente.

Porcentaje de niños de 0 a 6 años que participan en programas educativos.

Ver Anexo N° 90: Tabla N° 1: Estudiantes matriculados a nivel nacional en instituciones educativas activas escolarizadas ordinarias entre grupo de 3 años a 6 años por periodo escolar, según nivel.

Porcentaje de escuelas y de docentes que participan en programas de formación continua y de innovación educativa.

Ver Anexo N° 91:

- Tabla N° 1. Programas de cuarto nivel 2014 – 2015.
- Tabla N° 2. Programa de actualización docente 2014 – 2015.

En el año 2015, dentro de las políticas de formación, orientadas al fortalecimiento de las capacidades profesionales y el desarrollo de habilidades humanas, el MINEDUC coordinó con la UNICEF desarrollar el curso denominado: “Fortalecimiento de habilidades y capacidades de los profesionales que conforman los Departamentos de Consejería Estudiantil” mismo que tiene como meta capacitar a 3.471 profesionales entre el 2015 y primer trimestre del 2016, de los cuales 1.644 ya se encuentran en proceso de formación (41.3%). Dicho proceso de formación tiene una duración de 120 horas y los contenidos a ser tratados son se encuentran en el Anexo N° 92.

Porcentaje de jóvenes y adultos que participa en programas de formación y capacitación continua presenciales y a distancia, por sexo y zona geográfica.

El Proyecto EBJA brinda los servicios educativos a jóvenes y adultos de manera presencial en módulos que tienen una duración de 24 semanas, los beneficiarios pueden cursar de forma continua sus estudios con ofertas específicas para personas con escolaridad inconclusa inclusive hasta finalizar su bachillerato.

En base al análisis realizado de la población que participó en el Proyecto EBJA en el periodo 2011-2015, se observa los porcentajes de participación previstos en el Anexo N° 93:

- Tabla N° 1. Porcentaje participación de jóvenes y adultos en capacitación continua presencial (Proyecto EBJA) por género.
- Tabla N° 2. Porcentaje participación de jóvenes y adultos en capacitación continua presencial (Proyecto EBJA) por zona geográfica.

Igualdad y no discriminación

Relación entre el número de niñas y el de niños según nivel de enseñanza, por etnia/raza y área geográfica.

Ver Anexo N° 94: Tabla N° 1. Relación entre niños y niñas matriculados por periodo y sexo, según nivel educativo y área.

Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los varones de 15 a 24 años de edad.

Ver Anexo N° 95: Tabla N° 1. Relación entre personas de 15 a 24 años de edad alfabetizados por periodo, según sexo.

Porcentaje de alumnos con necesidades educativas especiales escolarizados en escuelas regulares del sistema educativo.

Ver Anexo N° 96:

- Tabla N° 1. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en primaria por género.
- Tabla N° 2. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en primaria por zona.
- Tabla N° 3. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en secundaria por género.
- Tabla N° 4. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en secundaria por zona.

III. Lista de anexos

Anexo N° 1: Constitución de la República del Ecuador, 2008.

Anexo N° 2: Tabla N° 1. Tasas de aportación según modalidad y regímenes de afiliación al año 2015.

Anexo N° 3: Tabla N° 1. Porcentaje de personas afiliadas a la seguridad social contributiva.

Anexo N° 4:

- Tabla N° 1. Porcentaje de la población cubierta por sistemas no contributivos por sexo.
- Tabla N° 2. Porcentaje de la población cubierta por sistemas no contributivos por etnia.

Anexo N° 5: Tabla N° 1. Porcentaje de población afiliada a regímenes especiales por sexo, etnia/raza y nivel educativo.

Anexo N° 6: Tabla N° 1. Porcentaje de adultos mayores de 65 años de edad cubiertos por una prestación económica de vejez del nivel contributivo y no contributivo.

Anexo N° 7: Tabla N° 1. Contribuciones del Estado al Sistema de Seguridad Social contributivo (IESS, ISSFA e ISSPOL) y no contributivo.

Anexo N° 8: Matriz N° 1. Marco conceptual para la economía informal.

Anexo N° 9: Tabla N° 1. Número de accidentes de trabajo reportados por rama de actividad.

Anexo N° 10: Tabla N° 1. Tasa de población económicamente activa por ubicación geográfica, sexo, edad, nivel educativo y quintiles de ingresos.

Anexo N° 11: Tabla N° 1. Población cubierta por una pensión o jubilación por sexo y nivel educativo.

Anexo N° 12: Tabla 1. Porcentaje de población asegurada a un régimen contributivo, por sexo, quintiles de ingreso y edad.

Anexo N° 13:

- Tabla N° 1. Número de afiliados activos al Seguro General Obligatorio por provincia, relación de trabajo y sexo.
- Tabla N° 2. Número de afiliados activos al Seguro Social Campesino por provincia y sexo.

Anexo N° 14:

- Tabla N° 1. Población pensionada perteneciente al Seguro General.
- Tabla N° 2. Población pensionada perteneciente al SSC.
- Tabla N° 3. Población pensionada por Riesgos del Trabajo.

Anexo N° 15: Tabla N° 1. Número de afiliados rurales por provincia y género.

Anexo N° 16:

- Tabla N° 1. Convenios fundamentales.
- Tabla N° 2. Convenios técnicos.

Anexo N° 17: Decreto Ejecutivo N° 656, 2015.

Anexo N° 18: Acta de Reestructuración del Consejo Ciudadano Sectorial de Salud de 25 de septiembre de 2015.

Anexo N° 19: Ley Orgánica de Discapacidades

Anexo N° 20: Conjunto de prestaciones por ciclos de vida.

Anexo N° 21:

- Tabla N° 1. Presupuesto devengado por tipo.
- Tabla N° 2. Presupuesto devengado por tipología.

Anexo N° 22: Tabla N° 1. Gasto familiar en salud como proporción del ingreso familiar corriente.

Anexo N° 23:

- Tabla N° 1. Número de servidores capacitados a nivel nacional.
- Tabla N° 2. Número de beneficiarios y total del presupuesto respecto de la Planta Central y a Nivel Nacional.

Anexo N° 24: Tabla N° 1. Nacidos vivos por tipo de asistencia en el parto y áreas, según regiones de residencia. Año 2014.

Anexo N° 25: Tabla N° 1. Uso actual de métodos anticonceptivos por método (mujeres de 15 a 49 años).

Anexo N° 26:

- Tabla N° 1. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Enero 2015*
- Tabla N° 2. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Febrero 2015*
- Tabla N° 3. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Marzo 2015*
- Tabla N° 4. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Abril 2015*
- Tabla N° 5. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Mayo 2015*
- Tabla N° 6. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Junio 2015*
- Tabla N° 7. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Julio 2015*

Anexo N° 27: Reglamento de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud, 2015.

Anexo N° 28: Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado, 2015.

Anexo N° 29: Defensoría del Pueblo del Ecuador: Tabla dinámica.

Anexo N° 30: Esperanza de vida por sexo a nivel nacional.

Anexo N° 31: Razón de Mortalidad Materna por Provincia de Residencia Habitual 2010.

Anexo N° 32: Razón de Mortalidad Materna por Provincia de Residencia Habitual 2014.

Anexo N° 33: Número de Muertes Maternas por grupos de edad 2010 y 2014.

Anexo N° 34: Número de Muertes Maternas por Nivel de Instrucción 2010 y 2014.

Anexo N° 35: Tasa de Mortalidad Infantil por Provincia de Residencia Habitual 2014.

Anexo N° 36: Número de Muertes Infantiles por Sexo 2014.

Anexo N° 37: Número de Muertes Infantiles por Autoidentificación étnica 2014.

Anexo N° 38: Tasa de Mortalidad Neonatal 2014.

Anexo N° 39: Tasa de Mortalidad Postnatal 2014.

Anexo N° 40: Tasas de mortalidad por sexo debido a accidentes, homicidios o suicidios 2014.

Anexo N° 41: Tasas de mortalidad por sexo debido a accidentes, homicidios o suicidios 2014.

Anexo N° 42: Porcentaje de personas con acceso a servicios de saneamiento.

Anexo N° 43: Porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia.

Anexo N° 44: Cobertura de planes de seguro de salud, por autoidentificación étnica y sexo en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Anexo N° 45: Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en la talla o desnutrición crónica.

Anexo N° 46: Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición global.

Anexo N° 47:

- Tabla N° 1. Número de casos nuevos diagnosticados con Western Blot por provincia de residencia. Año 2015.
- Tabla N° 2. Número de pruebas realizadas con Western Blot. Año 2015.
- Tabla N° 3. Casos nuevos de VIH por provincias.

Anexo N° 48: Porcentaje de mujeres que se realizan exámenes ginecológicos.

Anexo N° 49: Porcentaje de mujeres con control prenatal en el primer trimestre.

Anexo N° 50: Esquema Nacional de vacunación del Ministerio de Salud Pública.

Anexo N° 51: Ley Orgánica de Educación Intercultural, 2011.

Anexo N° 52: Reglamento de la Ley Orgánica de Educación Intercultural de 2012.

Anexo N° 53: Tabla N° 1. Total de estudiantes matriculados a nivel nacional en instituciones educativas activas escolarizadas ordinarias (grupo de 3 años y 3er año de bachillerato) por periodo escolar, según nivel.

Anexo N° 54: Tabla N° 1. Detalle de presupuesto Devengado por Organismos.

Anexo N° 55: Tabla N° 1. Montos estimados de inversión y fuentes de financiamiento (Cifras en US\$ MM).

Anexo N° 56: Tabla N° 1. Los programas y proyectos que ejecuta el Ministerio de Educación.

Anexo N° 57: Tabla N° 1. Normativa interna y enlaces electrónicos.

Anexo N° 58: Tabla N° 1. Objetivos, espacios de difusión, cobertura y periodicidad de campañas de difusión del derecho a la educación.

Anexo N° 59: Tabla N° 1. Objetivos, espacios de difusión, cobertura y periodicidad de campañas de difusión para la erradicación del analfabetismo.

Anexo N° 60: Datos correspondientes a los estudiantes de tercer año de Bachillerato que rindieron la evaluación “Ser Bachiller” en el año 2014.

Anexo N° 61:

- Tabla N° 1. Aspirantes Aprobados en ENES.
- Tabla N° 2. Aspirantes No Aprobados en ENES.

Anexo N° 62:

- Tabla 1. Tasa neta de asistencia (6 a 11 años de edad) en el nivel de primaria por período.
- Tabla 2. Tasa neta de asistencia (12 a 17 años de edad) en el nivel de secundaria.

Anexo N° 63:

- Tabla 1. Porcentaje de estudiantes de nivel primario con sobreadad (mayores de 11 años).
- Tabla 2. Porcentaje de estudiantes de nivel primario con sobreadad (mayores de 11 años).
- Tabla 3. Porcentaje de estudiantes de nivel medio con sobreadad (mayores de 17 años).
- Tabla 4. Porcentaje de estudiantes de nivel medio con sobreadad (mayores de 17 años).

Anexo N° 64: Tabla N° 1. Porcentaje de gasto público en educación como porcentaje del PGE.

Anexo N° 65:

- Tabla N° 1. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla N° 2. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla N° 3. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla N° 4. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla 5. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla 6. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla 7. Gasto educativo por nivel, año 2008.
- Tabla 8. Gasto educativo por año.

Anexo N° 66: Tabla N° 1. Cálculo - Gasto Público en Educación Inicial (3-4 años), Básica y Bachillerato como porcentaje del PIB.

Anexo N° 67:

- Tabla N° 1. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2010
- Tabla N° 2. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2011
- Tabla N° 3. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2012
- Tabla N° 4. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2013
- Tabla N° 5. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2014

Anexo N° 68: Tabla N° 1. Detalle de presupuesto devengado por años y provincia*

Anexo N° 69:

- Tabla N° 1. Número de docentes por modalidad laboral y ubicación zonal.
- Tabla N° 2. Porcentaje de docentes sin título.

Anexo N° 70:

- Tabla N° 1. Tasa neta de matrícula - Educación Inicial.
- Tabla N° 2. Tasa neta de asistencia – Educación General Básica.

Anexo N° 71: SENESCYT: Porcentajes de becas a nivel de pregrado y posgrado.

Anexo N° 72:

- Tabla N° 1. Número de educadores por modalidad laboral y ubicación zonal.
- Tabla N° 2. Porcentaje de educadores que tienen el título específico educación inicial.

Anexo N° 73: Tabla N° 1. Porcentaje de estudiantes matriculados en primaria por periodo, según sostenimiento y jornada.

Anexo N° 74:

- Tabla N° 1. Equipamiento tecnológico IE's a nivel país por Coordinaciones Zonales – Computadoras.
- Tabla N° 2. Estado de las computadoras de las IE's por Coordinaciones Zonales.

Anexo N° 75: Acta de Reestructuración del Consejo Ciudadano Sectorial de Educación de fecha 29 de julio de 2015.

Anexo N° 76:

- Tabla 1. Tasa neta (6 a 11 años) de matrícula en primaria a nivel nacional.
- Tabla 2. Tasa neta de matrícula en secundaria (12 a 17 años) a nivel nacional.

Anexo N° 77: Tabla 1. Tasa de analfabetismo de personas de 15 años en adelante a nivel nacional por periodo, según área, sexo, auto identificación étnica e ingreso per cápita.

Anexo N° 78: Tabla 1. Porcentaje de personas de 12 años y más con educación primaria completa.

Anexo N° 79: Tabla 1. Porcentaje de personas de 12 años y más con educación primaria completa.

Anexo N° 80: Tabla 1. Porcentaje de personas de 18 años y más con educación secundaria completa.

Anexo N° 81: Tabla 1. Porcentaje de personas de 6 a 11 años que no ingresaron al sistema educativo o aprobaron al menos hasta 5to grado de primaria y no asisten a clases.

Anexo N° 82: Tabla 1. Porcentaje de personas de 12 a 17 años que no ingresaron al sistema educativo o aprobaron al menos hasta 5to curso de secundaria y no asisten a clases.

Anexo N° 83: Tabla 1. Años de escolaridad promedio de personas de 24 años en adelante.

Anexo N° 84:

- Tabla 1. Tasa neta (6 a 11 años) de matrícula en primaria a nivel nacional.
- Tabla 2. Tasa neta de matrícula en secundaria (12 a 17 años) a nivel nacional.

Anexo N° 85: Tabla 1. Tasa de conclusión de estudiantes de primaria y secundaria por período, según área y sexo.

Anexo N° 86: Tabla N° 1. Tasas de deserción y supervivencia por género y zona (INEC).

Anexo N° 87: Tabla N° 1. Tasas de deserción y supervivencia por género y zona (INEC).

Anexo N° 88:

- Tabla N° 1. Unidad Educativa Mayor (1 jornada)
- Tabla N° 2. Unidad Educativa Mayor (2 jornadas)
- Tabla N° 3. Unidad Educativa Menor (1 jornada)
- Tabla N° 4. Unidad Educativa Menor (2 jornadas)
- Tabla N° 5. Unidad Educativa Pluridocente (1 jornada)
- Tabla N° 6. Unidad Educativa Bidocente (1 jornada)

Anexo N° 89:

- Cuadro N° 1: Gastos Promedio Mensual según jefe de hogar.
- Cuadro N° 2: Pago mensual de pensión de enseñanza preescolar y primaria según quintiles de ingreso.

- Cuadro N° 3: Pago mensual de pensión de enseñanza secundaria según quintiles de ingreso.
- Cuadro N° 4: Gasto anual en lista de útiles según quintiles de ingreso.

Anexo N° 90: Tabla N° 1: Estudiantes matriculados a nivel nacional en instituciones educativas activas escolarizadas ordinarias entre grupo de 3 años a 6 años por periodo escolar, según nivel.

Anexo N° 91:

- Tabla N° 1. Programas de cuarto nivel 2014 – 2015.
- Tabla N° 2. Programa de actualización docente 2014 – 2015.

Anexo N° 92: Contenidos del curso: *“Fortalecimiento de habilidades y capacidades de los profesionales que conforman los Departamentos de Consejería Estudiantil”*.

Anexo N° 93:

- Tabla N° 1. Porcentaje participación de jóvenes y adultos en capacitación continua presencial (Proyecto EBJA) por género.
- Tabla N° 2. Porcentaje participación de jóvenes y adultos en capacitación continua presencial (Proyecto EBJA) por zona geográfica.

Anexo N° 94: Tabla N° 1. Relación entre niños y niñas matriculados por periodo y sexo, según nivel educativo y área.

Anexo N° 95: Tabla N° 1. Relación entre personas de 15 a 24 años de edad alfabetizados por periodo, según sexo.

Anexo N° 96:

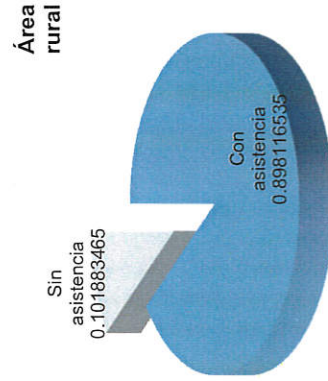
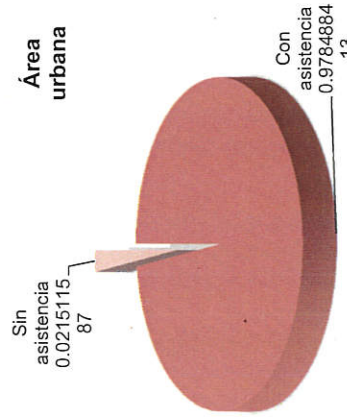
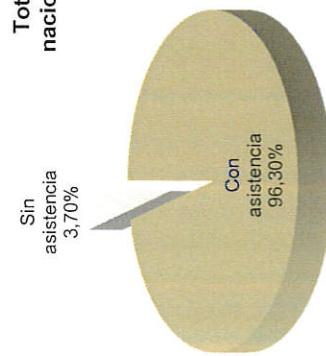
- Tabla N° 1. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en primaria por género.
- Tabla N° 2. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en primaria por zona.
- Tabla N° 3. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en secundaria por género.
- Tabla N° 4. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en secundaria por zona.

*Para propósitos de publicación de este informe en la página web de Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Nacionales previsto en el Protocolo de San Salvador (GTPSS), los anexos 1; 17; 18; 19; 51; 52, son documentos públicos por lo tanto no han sido incorporados en este sitio.

Anexo N° 24

Tabla N° 1. Nacidos vivos por tipo de asistencia en el parto y áreas, según regiones de residencia.
Año 2014

Regiones	Total		Área urbana			Área rural		
	Total	Con asistencia profesional	Sin asistencia profesional	Total	Con asistencia	Sin asistencia	Total	Con asistencia
Total	229,476	220,985	8,491	185,249	181,264	3,985	44,227	39,721
% Tipo de asistencia	100.00%	96.30%	3.70%	100.00%	97.85%	2.15%	100.00%	89.81%
Región Sierra	103,021	98,316	4,705	76,392	74,316	2,076	26,629	24,000
Región Costa	113,264	111,674	1,590	99,554	98,569	985	13,710	13,105
Región Amazónica	12,791	10,598	2,193	8,980	8,057	923	3,811	2,541
Región Insular	304	303	1	280	279	1	24	24
Zonas no delimitadas	53	51	2	-	-	-	53	51
Exterior	43	43	-	43	43	-	-	-



En el año 2014, a nivel nacional, la atención profesional representa el 96,30% (220.985), mientras el 3,70% (8.491) corresponde a nacimientos sin asistencia profesional. En el área urbana, el 97,85% pertenece a casos con asistencia profesional, mientras que el 2,15% restante corresponde a casos sin asistencia profesional. La región Costa presenta 99.554 nacidos vivos que recibieron asistencia médica, la Sierra contó con 76.392 casos y, la Amazonia con 8.057. Por otra parte, en el área rural existen menos casos de asistencia profesional (89,81%) comparado con el área urbana. De este porcentaje el mayor número pertenece a la región Sierra (24.000), seguido de la Costa (13.105) y la Amazonia (2.541).

La región más numerosa al mayor número de nacidos vivos sin asistencia profesional es la Sierra con 1.705 nacidos, en el área rural 1.500 nacidos sin asistencia profesional.

La región que presenta el mayor número de nacidos vivos sin asistencia profesional es la Sierra con 4,700 casos de los cuales 624 casos pertenecen al área rural. La Costa registra 1,350 casos sin asistencia profesional en el parto de los cuales 985 casos corresponden al área urbana. De igual manera, la región Amazónica abarca 2,193 casos de nacimientos sin atención profesional de los cuales el mayor número (1,270) pertenece al área rural. De acuerdo a los datos revisados, se concluye que el mayor número de nacidos vivos sin asistencia profesional pertenece al área rural.

REGLAMENTO DE INFORMACION CONFIDENCIAL EN SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Acuerdo Ministerial 5216
Registro Oficial Suplemento 427 de 29-ene.-2015
Estado: Vigente

No. 00005216-A
EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA, SUBROGANTE

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;

Que, la citada Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.";

Que, la Norma Suprema, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, instancia a quien corresponde la responsabilidad de formular la política nacional de salud y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, la Carta Magna, en el artículo 362, manda: "La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...);

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo las normas que dicte para su plena vigencia obligatorias;

Que, la citada Ley Orgánica de Salud, en el artículo 6, determina entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: "(...) 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud; (...).";

Que, la Ley Ibídem, en el artículo 7, establece como derecho de todas las personas en relación a la salud, sin discriminación por motivo alguno: " f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la



información en ella contenida (...);

Que, el Código Orgánico Integral Penal, en el artículo 179, dispone: "Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año.";

Que, la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, en el artículo 4, dispone: "Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial";

Que, mediante Acuerdo Ministerial No. 00005213 expedido el 24 de diciembre de 2014 se subrogaron las funciones del Despacho Ministerial a favor del doctor David Acurio Páez, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud desde el 29 de diciembre de 2014 hasta el 4 de enero de 2015; y,

Que, mediante memorando No. MSP-DNN-2014-1391-M de 12 de noviembre de 2014, la Directora Nacional de Normatización solicita emitir el presente Acuerdo Ministerial.

En ejercicio de las atribuciones conferidas por los artículos 151 y 154 de la Constitución de la República del Ecuador, y 17 del Estatuto de Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

Acuerda:

EXPEDIR EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE INFORMACION CONFIDENCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

CAPITULO I

OBJETO Y AMBITO DE APLICACION

Art. 1.- El presente Reglamento tiene por objeto establecer las condiciones operativas de la aplicación de los principios de manejo y gestión de la información confidencial de los pacientes y sus disposiciones serán de cumplimiento obligatorio dentro del Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO II

PRINCIPIOS

Art. 2.- Confidencialidad.- Es la cualidad o propiedad de la información que asegura un acceso restringido a la misma, solo por parte de las personas autorizadas para ello. Implica el conjunto de acciones que garantizan la seguridad en el manejo de esa información.

Art. 3.- Integridad de la información.- Es la cualidad o propiedad de la información que asegura que no ha sido mutilada, alterada o modificada, por tanto mantiene sus características y valores asignados o recogidos en la fuente. Esta cualidad debe mantenerse en cualquier formato de soporte en el que se registre la información, independientemente de los procesos de migración entre ellos.

Art. 4.- Disponibilidad de la información.- Es la condición de la información que asegura el acceso a los datos cuando sean requeridos, cumpliendo los protocolos definidos para el efecto y respetando las disposiciones constantes en el marco jurídico nacional e internacional.

Art. 5.- Seguridad en el manejo de la información.- Es el conjunto sistematizado de medidas preventivas y reactivas que buscan resguardar y proteger la información para mantener su condición de confidencial, así como su integridad y disponibilidad. Inicia desde el momento mismo de la generación de la información y trasciende hasta el evento de la muerte de la persona.



El deber de confidencialidad respecto a la información de los documentos que contienen información de salud perdurará, incluso, después de finalizada la actividad del establecimiento de salud, la vinculación profesional o el fallecimiento del titular de la información.

Art. 6.- Secreto Médico.- Es la categoría que se asigna a toda información que es revelada por un/a usuario/a al profesional de la salud que le brinda la atención de salud. Se configura como un compromiso que adquiere el médico ante el/la usuario/a y la sociedad, de guardar silencio sobre toda información que llegue a conocer sobre el/la usuario/a en el curso de su actuación profesional.

Los profesionales de salud de los establecimientos de salud cumplirán con el deber del secreto médico, para generar condiciones de confianza en la relación con los/as usuarios/as y así garantizar el derecho a la intimidad. El secreto médico es extensible a toda la cadena sanitaria asistencial.

CAPITULO III

CONFIDENCIALIDAD EN LOS DOCUMENTOS CON INFORMACION DE SALUD

Art. 7.- Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales.

El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

La autorización para el uso de estos documentos antes señalados, es potestad privativa del/a usuario/a o representante legal.

En caso de investigaciones realizadas por autoridades públicas competentes sobre violaciones a derechos de las personas, no podrá invocarse reserva de accesibilidad a la información contenida en los documentos que contienen información de salud.

Art. 8.- La gestión documental de las historias clínicas, tanto en formato físico como digital, deberá asegurar un sistema adecuado de archivo y custodia que asegure la confidencialidad de los datos que contienen y la trazabilidad del uso de la información, conforme consta en el "Manual de Normas de Conservación de las Historias Clínicas y aplicación del Tarjetero Índice Automatizado", aprobado mediante Acuerdo Ministerial No. 0457 de 12 de diciembre de 2006, publicado en el Registro Oficial 436 de 12 de enero del 2007 .

Art. 9.- El personal operativo y administrativo de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud que tenga acceso a información de los/las usuarios/as durante el ejercicio de sus funciones, deberá guardar reserva de manera indefinida respecto de dicha información y no podrá divulgar la información contenida en la historia clínica, ni aquella constante en todo documento donde reposen datos confidenciales de los/las usuarios/as.

Art. 10.- Los documentos que contengan información confidencial se mantendrán abiertos (tanto en formato físico como digital) únicamente mientras se estén utilizando en la prestación del servicio al que correspondan, como parte de un estudio epidemiológico, una auditoría de calidad de la atención en salud u otros debidamente justificados y que se enmarquen en los casos establecidos en el presente Reglamento.

Art. 11.- Concluida la consulta médica, procedimiento, examen o análisis, el personal encargado de custodiar la documentación deberá archivar, física o digitalmente, la historia clínica o documento relacionado de los/las usuarios/as, para que éstos no puedan ser reconocidos por terceros a través



de los datos de identificación de los pacientes.

Art. 12.- En el caso de historias clínicas cuyo uso haya sido autorizado por el/la usuario/a respectivo para fines de investigación o docencia, la identidad del/a usuario/a deberá ser protegida, sin que pueda ser revelada por ningún concepto.

El custodio de dichas historias deberá llevar un registro de las entregas de las mismas con los siguientes datos: nombres del receptor, entidad en la que trabaja, razón del uso, firma y fecha de la entrega.

Art. 13.- Para proteger a los/las usuarios/as que padecen de enfermedades raras y de tipo catastrófico como VIH/SIDA, tuberculosis activas, cáncer, entre otras, los nombres y apellidos del paciente deberán remplazarse por el número de su cédula de identidad. Para personas que no tienen cédula de identidad o de identidad y ciudadanía, se procederá conforme establece el Acuerdo Ministerial No. 4934 del 30 de julio de 2014, respecto al uso de un solo código de Historia Clínica Unica.

CAPITULO IV

SEGURIDAD EN LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS

Art. 14.- La historia clínica sólo podrá ser manejada por personal de la cadena sanitaria. Como tal se entenderá a los siguientes profesionales: médicos, psicólogos, odontólogos, trabajadoras sociales, obstetrices, enfermeras, además de auxiliares de enfermería y personal de estadística.

Art. 15.- El acceso a documentos archivados electrónicamente será restringido a personas autorizadas por el responsable del servicio o del establecimiento, mediante claves de acceso personales.

Art. 16.- La custodia física de la historia clínica es responsabilidad de la institución en la que repose. El personal de la cadena sanitaria, mientras se brinda la prestación, es responsable de la custodia y del buen uso que se dé a la misma, generando las condiciones adecuadas para el efecto.

Art. 17.- El archivo de historias clínicas es un área restringida, con acceso limitado solo a personal de salud autorizado, donde se guardan de manera ordenada, accesible y centralizada todas las historias clínicas que se manejan en el establecimiento. Se denomina activo cuando cuenta con historias activas, esto es con registros de hasta cinco años atrás y se denomina pasivo cuando almacena aquellas que tienen más de cinco años sin registros, tomando en cuenta la última atención al paciente.

Art. 18.- Los datos y la información consignados en la historia clínica y los resultados de pruebas de laboratorio e imagenología registrados sobre cualquier medio de soporte ya sea físico, electrónico, magnético o digital, son de uso restringido y se manejarán bajo la responsabilidad del personal operativo y administrativo del establecimiento de salud, en condiciones de seguridad y confidencialidad que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

Art. 19.- Todas las dependencias que manejen información que contenga datos relevantes sobre la salud de los/las usuarios/as deberán contar con sistemas adecuados de seguridad y custodia.

Art. 20.- Los documentos físicos que contengan información confidencial de los/las usuarios/as y que no requieran ser archivados, deberán ser destruidos evitando su reutilización, de conformidad a lo dispuesto en el Capítulo II del Manual del Manejo, Archivo de las Historias Clínicas.

CAPITULO V

DERECHO A LA INFORMACION Y CONFIDENCIALIDAD

Art. 21.- El profesional de la salud informará de manera oportuna a los/las usuarios/as sobre su

diagnóstico, estado de salud, pronóstico, tratamiento, riesgos y posibles complicaciones derivadas del uso de los medicamentos y la utilización de procedimientos a los que estarán expuestos, así como las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes.

Art. 22.- Para brindar información relevante del estado de salud de los/las usuarios/as a sus acompañantes, será necesario contar con la autorización explícita de los/las primeros/as. En caso de menores de edad, la autorización será otorgada por su representante legal; en caso de personas que se encuentren temporal o definitivamente privadas de la capacidad de expresar su consentimiento por cualquier medio o en caso de fallecimiento del paciente, se podrá brindar información a su cónyuge, conviviente, pareja en unión libre y familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad.

Art. 23.- Cuando un/a usuario/a mayor de edad acuda directamente a recibir una prestación de salud en compañía de un tercero, se deberá solicitar su consentimiento expreso para que el acompañante esté presente en la consulta. Tal como en otros casos sobre consentimiento informado, el/la usuario/a podrá revocar en cualquier momento esa autorización. Para la prestación de servicios de salud a niños o niñas se deberá contar con la presencia de su madre, padre o su representante legal. En el caso de la prestación de servicios de salud a adolescentes, la presencia de una tercera persona acompañante será discrecional por parte del usuario, sin que tal discrecionalidad aplique al personal de salud necesario para la atención médica. Al usuario/a no se le puede negar este derecho ni él/ella renunciar al mismo. Estas disposiciones se exceptúan en casos de emergencia.

Art. 24.- La información relevante establecida en el artículo 22 del presente Reglamento será brindada tanto a los/las usuarios/as como a sus acompañantes, si fuera el caso, siempre en un entorno privado, sin presencia de terceros, aún de personal sanitario que no esté inmerso en la asistencia de dicho/a usuario/a en particular.

Art. 25.- Cualquier intercambio de información entre el personal sanitario relativa a datos de salud de un/a usuario/a en particular, se lo hará en un espacio privado o de forma privada, sin que se pueda incluir datos identificativos de los/las usuarios/as en conversaciones en ámbitos públicos, comunicaciones telefónicas o electrónicas.

Art. 26.- La transferencia de información y documentación en las entregas de guardia deberá ser realizada únicamente entre los profesionales de la salud encargados, en un espacio favorable para guardar la confidencialidad.

CAPITULO VI

ADMINISTRACION DE DATOS DE IDENTIFICACION Y ACCESO A LA HISTORIA CLINICA

Art. 27.- Sólo podrán acceder a los datos de identificación de los/las usuarios/as el personal inmerso en la cadena sanitaria que requiera conocerlos, como por ejemplo aquel destinado a actividades de agendamiento (manual o telefónico), recepción, estadística, gestión de referencia-contrareferencia; en procesos de derivación, registros de transporte primario o secundario de usuarios/as, traslado de historias clínicas, en definitiva en actividades que por su naturaleza manejen dicha información.

Una vez registrado el evento (asistencia, inasistencia, tipo de prestación, entre otros) el documento que contenga los datos de identificación del/la usuario/a deberá ser archivado, asegurando el mantenimiento de condiciones de seguridad y confidencialidad de la información. A esta información solo podrán tener acceso quienes tuvieran necesidad de ella en función de su actividad laboral, (control de calidad, registro estadístico, análisis epidemiológico, unidad derechos humanos y género, entre otros).

Art. 28.- Pueden solicitar copia certificada de las historias clínicas los/las usuarios/as, su representante legal, apoderado/a, o persona autorizada. Para ello será necesario presentar una solicitud debidamente firmada por el/la usuario/a o su representante legal acompañada con una copia de su cédula de identidad, especialmente en caso de tratarse de un menor de edad.



También pueden solicitarla los profesionales de la salud inmersos en la atención del paciente o en legítimos procesos derivados de ella y las instituciones que representan las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley.

En caso de fallecimiento, la copia de la historia clínica podrá ser solicitada por el cónyuge superviviente o por un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad.

Art. 29.- Cada establecimiento de salud debe informar al/la usuario/a sobre el procedimiento de solicitud de la información de su historia clínica y los medios a través de los cuales se le comunicará la respuesta.

Art. 30.- Una vez entregada la solicitud con los datos requeridos, la copia certificada de la historia clínica deberá entregarse en un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas, excepto en los casos de emergencias médicas, en los que la condición especial requiera un procedimiento inmediato en la entrega de información.

Art. 31.- El modelo de solicitud de historia clínica estará disponible para todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, sea de forma física o en formato digital, para que sea descargado de la página web del Ministerio de Salud Pública.

Art. 32.- El peticionario o persona que recibe la copia de la historia clínica deberá estar informado de la responsabilidad del cuidado y manejo de la información que recibe.

CAPITULO VII

CIRCULACION DE DOCUMENTACION FISICA CLINICA

Art. 33.- Todos los documentos que contengan información de carácter confidencial (historia clínica, informes, y otros) deberán contener en su margen superior la palabra "CONFIDENCIAL".

Art. 34.- Los documentos que contengan información clínica no deberán depositarse ni permanecer en lugares donde puedan ser leídos por personas no autorizadas.

Art. 35.- Los traslados de documentación confidencial serán siempre realizados por una persona autorizada y con la justificación respectiva.

CAPITULO VIII

CIRCULACION DE INFORMACION A TRAVES DE SISTEMAS INFORMATICOS DE GESTION DOCUMENTAL

Art. 36.- Todo documento que incluya información clínica de usuarios/as deberá dirigirse exclusivamente a su destinatario pertinente, utilizando las herramientas disponibles en el sistema informático para manejo de confidencialidad.

Art. 37.- El funcionario que incumpliere con las disposiciones precedentes estará sujeto a las sanciones previstas en la legislación vigente.

CAPITULO IX

DE LAS DEFINICIONES

Art. 38.- Para efectos de este Reglamento, se entiende por:

Afinidad: Es el parentesco que existe entre una persona que está o ha estado casada y los consanguíneos de su marido o mujer, o bien, entre uno de los padres de un hijo y los consanguíneos del otro progenitor. La línea y grado de afinidad entre dos personas se determina por la línea y grado de consanguinidad respectivos; así, entre suegros y yernos hay línea recta o directa de afinidad en



primer grado, y entre cuñados, línea colateral de afinidad en segundo grado.

Consanguinidad: Los grados de consanguinidad entre dos personas se cuentan por el número de generaciones. Así, el nieto está en segundo grado de consanguinidad con el abuelo; y los (sic) primos hermanos, en cuarto grado de consanguinidad entre sí. Cuando una de las dos personas es ascendiente de la otra, la consanguinidad es en línea recta; y cuando las dos personas proceden de un ascendiente común, y una de ellas no es ascendiente de la otra, la consanguinidad es en línea colateral o transversal.

Datos de carácter personal: Información de carácter personal íntima. Cualquier información relacionada con personas físicas identificadas o identificables.

Documentación clínica: Es un conjunto de reportes físicos o electrónicos, de cualquier forma, clase o tipo, que contienen información clínica y asistencial.

Datos clínicos: Son aquellos que tienen relación directa con la situación del/la usuario/a al momento de la atención. Son diferentes a los datos que corresponden a la identificación personal del mismo y, por lo tanto, deben estar separados de aquellos. Todos los datos clínicos se registran en una Historia Clínica Única.

El personal operativo y administrativo no debe, bajo ninguna circunstancia, servirse de la información confidencial a la que tenga acceso, en beneficio propio o de terceros, o en perjuicio del interesado.

Epicrisis: Análisis o juicio crítico de un caso clínico, una vez completado.

Historia clínica única: Es un documento médico legal que consigna la exposición detallada y ordenada de todos los datos relativos a un paciente o usuario, incluye la información del individuo y sus familiares, de los antecedentes, estado actual y evolución, además de los procedimientos y de los tratamientos recibidos.

Historia clínica activa: Se considera a la historia clínica que tiene un periodo de vigencia hasta cinco años desde la última atención registrada.

Historia clínica inactiva: Se considera a la historia clínica que no tiene ningún registro de atención por más de cinco años y por tanto debe ser trasladada al archivo pasivo.

Información Confidencial: Para efectos de este Reglamento, se define como aquella de carácter personal que deriva de los derechos individuales y fundamentales de toda persona y que no está sujeta al principio de publicidad. Este tipo de información tiene, naturalmente, reserva de acceso. La reserva de acceso requiere de un sistema de seguridad que la garantice. En informática todos los datos que son parte de la información mantienen la condición de confidencialidad de esa información.

Historia Clínica: Es un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal, compuesto por un conjunto de formularios básicos y de especialidad, que el personal de la salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del/la usuario/a.

Información clínica: Cualquier dato referente a la salud de una persona y aquel relacionado con ella.

Paciente: Persona que requiere una prestación en salud.

Privacidad: Derecho de todo ser humano a determinar y controlar qué información sobre sí mismo es revelada, a quién y con qué motivo.

Usuario: Todo aquel que recibe asistencia sanitaria porque necesita cuidados para el mantenimiento



o recuperación de la salud.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- Toda documentación física o electrónica referente a usuarios/as en la que se consignen datos de identificación de los mismos como nombres o el número del documento de identificación, deberá contener en la primera foja, en un recuadro, en su margen superior la leyenda "confidencial".

Bajo ningún concepto el asunto de dicho documento contendrá los datos de identificación del paciente.

SEGUNDA.- Todas las Unidades de Talento Humano de los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud incorporarán en el modelo de contratos de personal en cualquiera de sus modalidades, una cláusula referente a la obligatoriedad de los contratados de mantener con estricta confidencialidad toda la información que tenga esta calidad, de conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en especial aquella referente a pacientes a la que tengan acceso.

DISPOSICION FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud en coordinación con la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de la Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a, 31 de diciembre de 2014.

f.) Dr. David Acurio Páez, Ministro de Salud Pública, Subrogante.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la D.N.- Secretaría General, al que me remito en caso necesario.- Lo certifico.- Quito, a 10 de enero de 2015.- f.) Ilegible, Secretaría General, Ministerio de Salud Pública.

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, manda que son deberes primordiales del Estado, entre otros: *"1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. (...)."*;
- Que,** el artículo 32 de la citada Constitución de la República dispone que la salud es un derecho que garantiza el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud;
- Que,** la Norma Suprema, en el artículo 358, establece que: *"El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva...."*;
- Que,** la Constitución de la República, en el artículo 361, preceptúa: *"El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector."*;
- Que,** el artículo 362 de la Constitución prescribe: *"La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. (...)."*;
- Que,** la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada por la Conferencia General de la UNESCO, en su artículo 6 respecto al consentimiento, preceptúa: *"1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica solo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. (...)."*;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, dispone que: *"La Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo las normas que dicte para su plena vigencia obligatorias."*;
- Que,** el artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud, dispone que: *"Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: (...) e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna; (...) h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública; (...)."*;



Ministerio
de Salud Pública

- Que,** la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, en el artículo 6, establece: "*Derecho a decidir. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión*";
- Que,** mediante Acuerdo Ministerial No. 138 publicado en el Registro Oficial No. 316 del 15 de abril de 2008, el Ministerio de Salud Pública aprobó y publicó los formularios básicos actualizados de la historia clínica única, siendo necesario actualizar el formulario 024 que consta en el artículo 2 del antes citado Acuerdo que se refiere a "Autorizaciones y consentimiento informado";
- Que,** con el fin de garantizar el derecho que tiene todo paciente para que, previo a la toma de decisiones respecto a su salud, sea informado sobre los riesgos, beneficios y alternativas de un procedimiento médico diagnóstico o terapéutico, es preciso contar con un documento que regule la aplicación del consentimiento informado suscrito, libre y voluntariamente, por el paciente o su representante legal, cuando corresponda, con base a la información que el profesional sanitario le brinde, por lo que es necesario establecer un modelo de gestión y aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial, así como actualizar el formulario 024, referido en el considerando anterior; y,
- Que,** mediante memorando No. MSP-CGDES-2015-0642-M de 16 de octubre de 2015, la Coordinadora General de Desarrollo Estratégico en Salud solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, Y 17 DEL ESTATUTO DE RÉGIMEN JURÍDICO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA

- Art. 1.-** Aprobar y expedir el "*Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial*", documento que tiene por objeto establecer lineamientos que garanticen el derecho de los pacientes a ser informados sobre los riesgos, beneficios y alternativas de un procedimiento médico diagnóstico o terapéutico, previo a la toma de decisiones respecto a su salud.
- Art. 2.-** Disponer que el "*Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial*" sea de obligatoria observancia a nivel nacional para todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.
- Art. 3.-** Publicar el "*Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial*" como parte de este Acuerdo Ministerial.
- Art. 4.-** Aprobar el formulario 024, que consta como anexo al presente Acuerdo Ministerial y que en adelante será parte del "*Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencia*", como anexo del mismo.

DISPOSICIÓN REFORMATORIA

ÚNICA.- Sustitúyase el Formulario 024 "*Autorizaciones y Consentimiento informado*" que consta en el artículo 2 del Acuerdo Ministerial No. 138, publicado en el Registro Oficial No. 316, del 15 de abril de 2008, por el formulario 024 aprobado mediante el presente Acuerdo Ministerial.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- El consentimiento informado es un proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud. En caso de menores de edad o personas incapaces quien otorgue el consentimiento será su representante legal.

[Handwritten signatures and stamps]

Ministerio de Salud Pública
Coordinadora General de Desarrollo Estratégico en Salud



Ministerio
de Salud Pública

El consentimiento informado se aplicará en procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos, luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste el procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención, de existir éstas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene.

SEGUNDA.- Cuando se trate de un procedimiento de salud de riesgo mayor, conforme lo previsto en el "Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial", el consentimiento debe ser expresado por escrito, por el paciente o su representante legal, cuando corresponda, en un formulario firmado que será parte de la historia clínica. (Documento anexo al modelo de gestión que con este Acuerdo Ministerial se aprueba).

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud y, a la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud; hasta que la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACCESS, implemente su gestión.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a,

05 NOV. 2015

Carina Vance Maña
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dr. Jorge Gueva	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	[Firma]
	Dra. Marysol Rulova	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministra	[Firma]
	Dra. Soma Diaz	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria Subrogante	[Firma]
	Arq. Alexander Lafebre	Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud	Subsecretario	[Firma]
	Eco. Tatiana Villacrés	Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud	Coordinadora	[Firma]
	Dra. Martha Gordon	Dirección Nacional de Normatización	Directora, Encargada	[Firma]
Revisado	Dra. Elisa Jaramillo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora	[Firma]
	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora, Subrogante	[Firma]
Elaboración del Acuerdo	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Analista	[Firma]
Elaboración del Modelo	Dra. Galus Pinto	Dirección Nacional de Normatización	Técnica	[Firma]
	Dra. Karina Castro	Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud	Gerente Institucional de Consolidación de Bioética	[Firma]
Revisión y validación del Modelo	Dra. Ximena Raza	Dirección Nacional de Normatización	Técnica	[Firma]

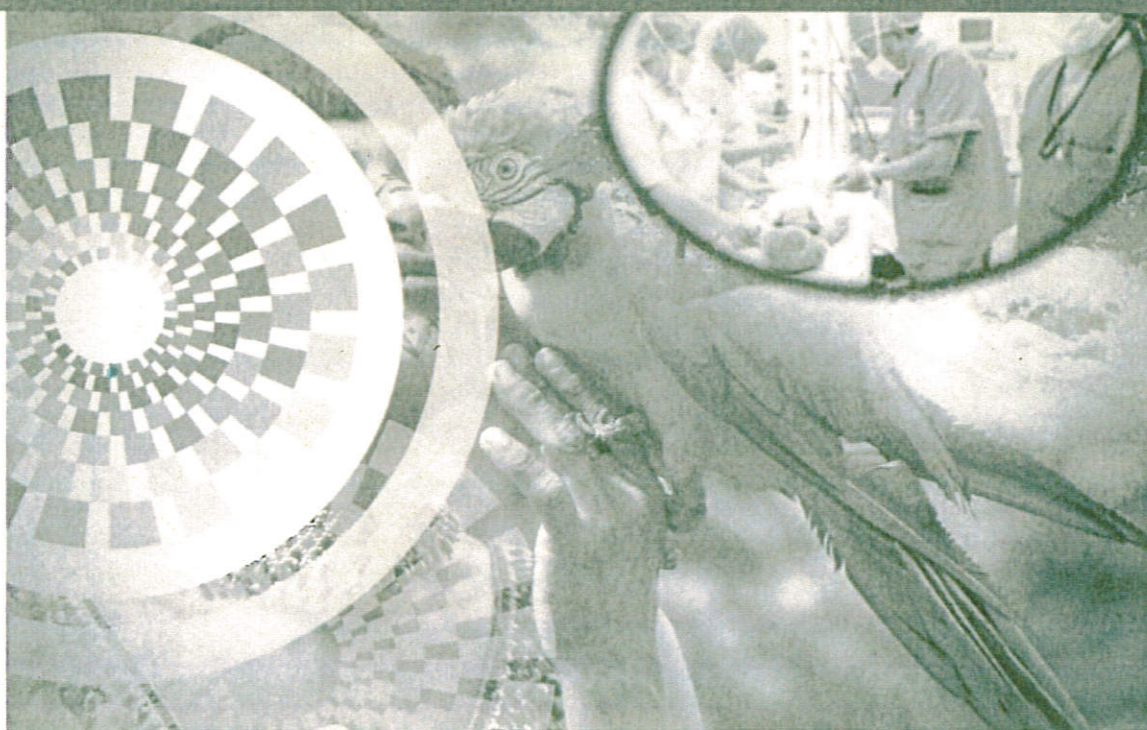


000053 16



Ministerio
de **Salud Pública**

**MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN
DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN
PRÁCTICA ASISTENCIAL**



Handwritten signature and initials in blue ink.

00005316

**MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA
ASISTENCIAL**

ÍNDICE

1. Glosario	4
2. Justificación	6
3. Objetivo general del consentimiento informado en práctica asistencial	7
3.1. Objetivos específicos	7
4. Condiciones del paciente para el consentimiento informado	7
5. Características de la información del consentimiento informado	7
6. Responsable del proceso de consentimiento	7
7. Consentimiento informado escrito	8
7.1. Firmas comparecientes en el consentimiento informado	8
7.2. Consentimiento informado por representación o por delegación	8
7.3. Consentimiento informado en pacientes menores de edad	8
7.4. Información a menores de edad	9
7.5. Elaboración de contenidos de consentimiento informado	9
7.6. Excepciones para el consentimiento informado suscrito	10
7.7. Revisión de formularios de consentimiento informado	10
7.8. Rechazo de un procedimiento	10
7.9. Manejo de información en casos de pacientes con enfermedad en fase terminal	10
7.10. Negativa a un consentimiento informado	10
7.11. Revocación del consentimiento informado	11
7.12. Comités de Ética Asistenciales para la Salud y Consentimiento Informado	11
7.13. Modelo de consentimiento informado escrito	11
7.14. Instructivo de llenado	13
8. Ficha de caracterización de aplicación del Modelo de Gestión de aplicación del Consentimiento Informado en práctica asistencial	18
9. Flujograma de aplicación del consentimiento informado suscrito en práctica asistencial	21
10. Descripción del flujograma	23
11. Referencias	25
12. Anexo – Modelo actualizado para elaborar formularios de consentimiento informado en práctica asistencial	26

Handwritten signature and date: 3/11/2011

1. GLOSARIO

- **Autonomía:** El derecho de toda persona a escoger y a seguir su propio plan de vida y acción, que solo debe ser restringido cuando afecta otros derechos o bienes. Su ejercicio exige dos elementos fundamentales: la deliberación racional y la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su cuerpo y el actuar libremente.

- **Capacidad:** Poseer una serie de aptitudes psicológicas-cognitivas, volitivas y afectivas que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente una información, tomar una decisión y expresarla.¹

- **Consentimiento informado en práctica asistencial:** El consentimiento informado es un proceso de comunicación que forma parte de la relación del profesional de salud y el paciente, por el cual una persona autónoma acepta, niega o revoca una intervención de salud. Consiste en un proceso deliberativo, que se realiza con un paciente capaz y de forma voluntaria^{1,2,3} en el cual el profesional de la salud explica en qué consiste el procedimiento a realizarse, los riesgos, beneficios, las alternativas a la intervención de existir éstas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene.

Cuando se trate de un procedimiento de salud de riesgo mayor, conforme lo previsto en el "Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial", el consentimiento debe ser expresado por el paciente por escrito, en un formulario firmado que será parte de la historia clínica.

- **Consentimiento informado por representación legal (sustituto):** Consentimiento informado dado por alguien en nombre de otro, que está incapacitado para darlo por sí mismo o no tiene capacidad legal para hacerlo.

- **Emancipación:** La emancipación, es la figura jurídica que pone fin a la patria potestad, la cual puede efectuarse de forma voluntaria, legal o judicial, conforme lo previsto en el Código Civil.⁴ De esta manera, en caso de requerir que se compruebe la emancipación del menor de 18 años, con el fin de que proceda a otorgar el consentimiento informado para un procedimiento médico, se debe solicitar, a la persona que lo alegue, un documento probatorio, así por ejemplo, en el caso de que la emancipación haya sido efectuada a través de matrimonio, se debe constatar este hecho a través de la verificación de la cédula de ciudadanía o la partida de matrimonio.

- **Emergencia:** Son los estados patológicos de manifestación súbita y grave, así como el caso de enfermos, que hallándose bajo tratamiento, sufrieren agravamiento repentino, y de los accidentes que requieren de atención de salud inmediata, que al no ser otorgada podría poner en peligro la vida o dejar secuelas, que afecten la integridad funcional u orgánica del paciente.⁴

- **Obstinación terapéutica (encarnizamiento)** La utilización de medios tecnológicos para prolongar la vida de un paciente con una enfermedad irreversible o terminal.

- **Persona legalmente capaz:** Según dispone el Código Civil de Ecuador, en su artículo 1462, toda persona es legalmente capaz, excepto las que la ley declara incapaces.⁵

- **Riesgo en salud:** Combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Peligro de que pueda ocurrir algún daño considerando la frecuencia de un evento y la vulnerabilidad de la persona.⁶

MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL

00005316

• **Riesgo mínimo:** Son los que no causan deterioro importante en la calidad de vida y no son susceptibles de convertirse en mayores. No son importantes para la toma de decisiones clínicas. Se considerará un riesgo mínimo cuando la posibilidad de daño o molestia anticipada en el proceso clínico, no es mayor de lo que se presenta durante un examen físico de rutina, o pruebas psicológicas. Por ejemplo, los procedimientos como análisis de orina, obtención de muestras de sangre obtenidas por punción venosa, un electroencefalograma, pruebas de alergia, el uso de estándares de pruebas psicológicas, entre otras.^{7,8}

• **Riesgo mayor:** Procedimiento de atención de la salud, en el cual las probabilidades de afectar a la persona son significativas. Incluye las intervenciones médicas en las que hay mediano o alto peligro de ocasionar la muerte, de afectar la identidad o la integridad de las personas, por diversas vías y en particular, cuando existe la probabilidad de causar incapacidades significativas o persistentes, lesiones prolongadas o daños permanentes en las personas.^{7,8}

• **Representación legal:** es la facultad otorgada por la ley a una persona para obrar en nombre de otra, recayendo en ésta los efectos de tales actos. El ejercicio de esa representación puede ser obligatorio para el representante. Según dispone el Código Civil de Ecuador, son representantes legales de una persona, el padre o la madre, bajo cuya patria potestad vive una persona; su tutor o curador.

• **Sedación paliativa:** administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia del paciente con enfermedad avanzada, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito. El objetivo de la sedación es el alivio del dolor del enfermo.⁹

• **Urgencia de salud:** Es todo estado patológico de rápida instauración o por accidente fortuito, que no pone en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que genera la necesidad imperiosa de recibir o brindar atención de salud.⁴

X
5
2014/11/16

2. JUSTIFICACIÓN

El modelo de atención médica ha sido histórica y tradicionalmente paternalista, por tanto las decisiones se han tomado atendiendo a los criterios y valores del médico, antes que a los deseos u opciones de un enfermo capaz para decidir.

En este modelo, la autoridad del médico se ha visto reforzada porque encarna un rol profesional sacerdotal, un rol de padre-hijo, que puede conocer y querer el bien del enfermo, mejor que el propio enfermo.

La evolución histórica del modelo paternalista es producto de cambios políticos y sociales que en otros campos se suscitaron, en el ámbito socio-político surgieron los derechos humanos; en el trabajo, la libertad sindical; en la relación hombre-mujer, la igualdad, y en el campo de la medicina, el cambio se produjo a través de varios siglos.

Así, del denominado modelo *"paternalista duro"*, en el cual Galeno postulaba que *"es necesario no omitir nada que sea provechoso para el enfermo; además, es necesario que el enfermo obedezca al médico y que no sea indulgente con su propia voluntad"*, se avanzó a un *"paternalismo moderado"*, en el cual sólo se informaba al paciente cuando no era algo grave; y se dejaba decidir al enfermo únicamente cuando su decisión coincidía con la del médico.³

En 1980, la revisión del Código de Ética de la Asociación Médica Americana, la profesión médica ya no se concibe como el único guardián de la salud pública, y en consecuencia el tradicional paternalismo de esta profesión entra en conflicto con la sociedad.⁴⁰

Aparecen, en los 80, las primeras legislaciones nacionales sobre consentimiento informado, que buscan, cumplir con 1) el principio de prioridad del bienestar del paciente, por tanto servir altruistamente el interés del paciente y 2) el principio de autonomía del paciente, para tomar decisiones informadas. Se trata por tanto, de cambiar el modelo de toma de decisiones, basado exclusivamente en los principios de beneficencia y no maleficencia, que se circunscribían a:

- Indicaciones y contraindicaciones médicas
- Un criterio médico paternalista
- Una relación médico-paciente-familia independiente de la sociedad³

Tradicionalmente, cada diagnóstico tenía una única indicación terapéutica, y todo lo que no estaba indicado estaba contraindicado.

En la actualidad, se considera que toda indicación médica tiene un juicio de valor implícito, que admite variaciones, que deben ser analizadas conjuntamente con el propio enfermo.

Así pueden resumirse como modelos de relación clínica el modelo paternalista, con valores universales que el médico debía promover, siendo el tutor del mejor interés del enfermo; el modelo autonomista, en el cual el paciente tiene valores propios preestablecidos, el médico conoce los hechos e informa objetivamente.³

El modelo interpretativo, en el cual el paciente necesita aclarar sus valores y resolver conflictos, y el médico es el consultor y consejero que interpreta y aplica las preferencias del paciente.³

El "Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en práctica asistencial", tiene como fin que se informe el objetivo de un procedimiento y los medios diagnósticos y terapéuticos a utilizarse, y la toma de decisiones debe ser participativa.

De manera particular, en el año 2008, el MSP definió en el Acuerdo Ministerial No. 138, el formulario 024 para "autorizaciones, exoneraciones y consentimiento informado", que requiere ser actualizado para rescatar el valor del proceso de consentimiento informado que apela a proteger los derechos del paciente, y debe ser permanente y gradual para permitir mejorar la relación médico paciente de forma sustantiva.

3. OBJETIVO GENERAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL

Asegurar el derecho de los pacientes a ser informados, previo a la toma de decisiones respecto a la atención de salud, con el fin de promover su autonomía en las decisiones sobre su salud y su cuerpo.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Regular la aplicación del consentimiento informado, suscrito libre y voluntariamente por el paciente o su representante, gracias a la información que el profesional sanitario le brinda.
- Contribuir a fortalecer la relación médico-paciente, y el derecho a la libertad de una persona para decidir sobre su propia salud.
- Promover el ideal de la autonomía del paciente y la manifestación de una sociedad pluralista, *autonómica, democrática y con estado de derecho.*

4. CONDICIONES DEL PACIENTE PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado requiere que un paciente, legalmente capaz, comprenda, acepte consciente, libre y voluntariamente, luego de una decisión reflexiva, un procedimiento médico, ya sea diagnóstico o terapéutico, luego de recibir información de los riesgos y beneficios y alternativas posibles.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La comunicación oral y escrita se realizará en términos que sean comprensibles para el paciente, evitando palabras técnicas o de difícil comprensión. *Para mejorar la explicación se utilizará ayudas gráficas, que serán previamente seleccionadas.* El profesional de la salud deberá invitar al paciente a preguntar lo que requiera, así como solicitar al paciente que explique en sus propias palabras lo comprendido, como un mecanismo de garantía de buena comunicación. **La información que se suministre** deberá permitir al paciente contar con una percepción realista de las alternativas, no debe abundarse en una lista de todos los riesgos posibles, que generen temor en el paciente. El proceso de consentimiento informado requiere de cuatro elementos claves: a) información necesaria, b) entendimiento de la información, c) capacidad para consentir, d) voluntariedad.¹¹

6. RESPONSABLE DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO

La información que se suministre al paciente debe ser facilitada por parte del profesional sanitario responsable del procedimiento.

En los casos de intervenciones quirúrgicas planificadas, el documento del consentimiento informado deberá ser explicado y entregado en la cita anterior al procedimiento, con el fin de que el paciente pueda leer el documento con detenimiento. El mismo deberá ser suscrito, si está de acuerdo con la intervención o manifiesta su negación.

En el resto de procedimientos médicos se facilitará la información con suficiente anterioridad a la aplicación del mismo, para que el paciente valore su decisión con calma.

No se podrá solicitar la firma del formulario de consentimiento informado como un requisito de admisión o ingreso a un establecimiento de salud.

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

De manera obligatoria, se dejará constancia por escrito de la autorización del paciente para efectuarse un procedimiento médico, en los siguientes casos:

- a. Intervenciones quirúrgicas** consideradas de riesgo mayor.
- b. Exámenes radiológicos:** Los que se efectúen bajo anestesia para realizar un procedimiento radiología con intervencionista), y los que requieran del uso de medios de contraste.
- c. Tratamientos de radioterapia y quimioterapia.**
- d. Procedimientos endoscópicos diagnósticos y terapéuticos.**
- e. Biopsias.**
- f. Procedimientos de reproducción asistida.**
- g. Prueba de VIH**
- h. Y todos aquellos que impliquen un riesgo mayor.** La obligación de contar con el consentimiento informado estará presente en tanto: 1) cuanto más incierta sea la proporción entre el beneficio y el riesgo de un procedimiento, 2) entre menos urgente sea el procedimiento y más experimental sea éste.
- i. En el caso de donante vivo y trasplante de órganos** el consentimiento informado será escrito y notariado, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 33, literal c de la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células¹².
- j. En el caso de transfusiones de sangre,** se actuará en cumplimiento de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador¹³ que en su artículo 77 dispone, que la aceptación o negativa para transfusión de sangre y sus componentes, debe realizarse por escrito de parte del potencial receptor o a través de la persona legalmente capaz para ejercer su representación, exceptuándose los casos de emergencia o urgencia.

7.1. Firmas comparecientes en el consentimiento informado

El documento de consentimiento informado debe ser firmado por el profesional de salud responsable del procedimiento a realizarse y por el paciente, siempre que éste sea legalmente capaz para tomar la decisión y haya comprendido la información recibida e interactuado con el médico responsable.

7.2. Consentimiento informado por representación o por delegación en adultos

Cuando el paciente adulto no tiene capacidad para tomar una decisión, el consentimiento informado se realizará por su representante legal, tutor o curador; el paciente también será informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión.

Si no existe una representación legal definida para un adulto que no tenga capacidad para decidir, o si se presenta un caso de disputa de la representación legal para tomar la definición respecto a la realización de una intervención clínica, el profesional de la salud, en base a la valoración clínica, actuará en consideración al interés superior y beneficio del paciente.

En los casos de consentimiento informado en pacientes en fase terminal para las intervenciones clínicas se considerará lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos.¹⁴

7.3. Consentimiento informado en pacientes menores de edad

En el caso de menores de edad, el consentimiento informado deberá ser suscrito por el padre o la madre, o su tutor o curador.

En el caso de padres menores de edad emancipados, el consentimiento podrá ser suscrito por los mismos, tanto para intervenciones clínicas en ellos o en sus hijos.

Para una intervención médica en un menor de edad de padres menores de edad no emancipados, uno de los abuelos del menor, bajo cuya patria potestad viva, podrá suscribir el consentimiento informado.

Cuando no exista una representación legal definida para un menor de edad y se presente un caso de disputa de la misma, o en casos en los cuales exista una definición contradictoria respecto a una intervención clínica, entre los representantes legales de un menor, el profesional de la salud en base a la valoración clínica, actuará en consideración al interés superior y beneficio del paciente.

El artículo 28 del Código Civil señala que "son representantes legales de una persona, el padre o la madre, bajo cuya patria potestad vive; su tutor o curador; (...)", que actúan en caso de no existir padres de los menores.

7.4. Información a menores de edad

En los casos de niños/as mayores de 12 años y adolescentes el profesional de la salud deberá informar al menor de manera verbal, respecto al procedimiento médico que se le va a realizar, utilizando términos sencillos, claros y con calidez y solicitar además del consentimiento informado escrito de los padres o representantes legales.

7.5. Elaboración de contenidos de consentimiento informado

Para los casos de intervenciones de riesgo mayor, en cada establecimiento de salud, en función de su cartera de servicios, los profesionales de los diferentes servicios de atención sanitaria desarrollarán los contenidos específicos de consentimiento informado para cada intervención y procedimiento médico, diagnóstico o terapéutico, y con atención al punto 7 de este documento y en base al modelo anexo al mismo.

Los contenidos específicos de los formularios de consentimiento informado deben ser elaborados de la siguiente forma:

- 1) Con base en el modelo anexo a este documento, se plantearán contenidos por parte de los profesionales que aplicarán las intervenciones y procedimientos respectivos, en cada establecimiento de salud.
- 2) Antes de su implementación, los formularios de consentimiento serán sometidos a una encuesta de validación de comprensión del contenido, por parte de pacientes.
- 3) Luego serán analizados y validados por un Comité de Ética Asistencial para la Salud (CEAS), en los casos de establecimientos de salud de tercer nivel.

En los establecimientos de salud que no cuenten con un Comité de Ética Asistencial para la Salud (CEAS) se promoverá su conformación, según lo estipulado en el Acuerdo Ministerial 4889, publicado el 1 de julio de 2014, en el Suplemento del Registro Oficial 279, mediante el cual se expidió el "Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y de los Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS)", del Ministerio de Salud Pública, o se podrá solicitar el apoyo de un CEAS aprobado por el Ministerio de Salud Pública.

4) El director/a médico o la instancia responsable de temas de calidad, aprobará los contenidos de los formularios de consentimientos informados que haya desarrollado el establecimiento de salud.

5) Los formularios de consentimiento informado que sean aprobados en cada establecimiento de salud podrán ser publicados en sitios web institucionales, con el fin de facilitar el acceso a la información a los pacientes, así como para promover la estandarización de formularios en el sistema nacional de salud.

7.6. Excepciones para el consentimiento informado suscrito

No se requiere contar con un consentimiento informado suscrito en los siguientes casos:

a. Situaciones de Emergencia. No se realizará el proceso de consentimiento informado cuando el paciente esté en situación de emergencia, cuando exista la imposibilidad de informar al paciente o que el paciente no pueda comunicarse o que no se pueda contactar a familiares. La actuación del médico quedará fundamentada por escrito en la historia clínica.

b. Tratamientos exigidos por ley: no se realizará el proceso de consentimiento informado en los casos que representan un peligro para la salud pública, como la posibilidad de pandemias y epidemias, para lo cual el Ministerio de Salud Pública definirá las acciones a seguir.

c. Posibilidad de corregir una alteración: no se realizará el proceso de consentimiento informado cuando en el curso de una intervención, se requiera realizar un procedimiento inesperado, con el fin de mejorar la salud del paciente o para corregir una situación que ponga en peligro su vida.

d. Intervenciones de riesgo mínimo. No se requiere un consentimiento informado suscrito en las intervenciones de riesgo mínimo.

7.7. Revisión de formularios de consentimiento informado

Los formularios de consentimiento informado deberán revisarse dentro de cada establecimiento de salud, a los dos años de su implementación o cuando sea necesario.

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, las Coordinaciones Zonales y las Direcciones Distritales, o quienes cumplan sus funciones, supervisará en cualquier momento los formularios de consentimiento informado que utilicen los establecimientos de salud, con el fin de evaluar su uso y contenido.

7.8. Rechazo de un procedimiento

Cuando un paciente rechaza una intervención no significa que el profesional de salud dejará de dar atención al paciente, el personal de salud deberá ofrecerle otras alternativas posibles, explicando los beneficios, los riesgos y las limitaciones del mismo en relación al diagnóstico.

7.9. Manejo de información en casos de pacientes con enfermedad en fase terminal

El paciente con enfermedad en fase terminal puede mediante un documento escrito, renunciar a recibir información de su caso y solicitar voluntariamente que otros se informen por él.

7.10. Negativa a un consentimiento informado

Si después de haber recibido toda la información, en la que se especifican las posibles consecuencias de no someterse a un procedimiento médico diagnóstico o terapéutico, y el paciente no está de acuerdo

MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL

00005316

con firmar un consentimiento informado para la intervención y existe la probabilidad de sufrir una determinada enfermedad o padecimiento que incide directamente en la disminución de la calidad de vida de las personas; el paciente deberá documentar su decisión con una firma en el formulario de consentimiento informado, en el acápite de negación, si se niega a firmar, este documento deberá ser suscrito por el profesional de la salud que atiende al paciente y por un testigo externo al establecimiento de salud.

7.11. Revocación del consentimiento informado

El paciente tiene derecho a revocar o retirar su consentimiento informado respecto a un procedimiento médico en curso. El profesional de la salud le informará adecuadamente de los riesgos que suponga esta decisión. No se podrá revocar el consentimiento si una vez iniciado el procedimiento médico, la suspensión del mismo implica un riesgo vital para la salud del paciente. En el caso de revocatoria de consentimiento informado, el paciente deberá firmar en el acápite correspondiente a revocación, del formulario de consentimiento.

7.12. Comités de Ética Asistenciales para la Salud y consentimiento informado

Los Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS), podrán ser consultados por un profesional de la salud, en casos en los cuales se estime que la decisión del paciente o su representante legal, de no recibir el tratamiento indicado lo expone a graves daños en su salud o a un alto riesgo de muerte.

También se podrá consultar en casos en los cuales se tenga duda respecto a la aplicación de limitación del esfuerzo terapéutico.

7.13. Modelo de consentimiento informado escrito

En los casos que se requiera un consentimiento informado suscrito, el documento deberá ser escrito en español, y será traducido verbalmente a personas que no hablen este idioma. Un formulario deberá contener:

a. Datos generales:

- Título del formulario, según el procedimiento médico de consentimiento informado al que se refiera
- Encabezado que comprenda: nombre del establecimiento de salud, nombre del servicio médico que realizará el procedimiento.
- Fecha y hora
- Número de cédula/HCU
- Nombres completos del paciente
- Tipo de atención: internación o ambulatorio

b. Descripción del procedimiento

- Nombre del procedimiento y tipo (diagnóstico o terapéutico)
- ¿En qué consiste?
- ¿Cómo se realiza?
- Duración aproximada
- Gráfico previamente seleccionado para el formulario

c. Beneficios y riesgos

- ¿Para qué sirve?
Breve y sencilla explicación sobre el objetivo de la intervención y beneficios.
- Riesgos. ¿Qué riesgos puede haber?
 - Riesgos frecuentes: (poco graves)
 - Riesgos poco frecuentes: (graves)

- Riesgos específicos relacionados con el paciente: Además de los riesgos anteriormente citados, por las enfermedades que padece el paciente puede presentar otras complicaciones. (circunstancias personales de los pacientes como edad, estado de salud, profesión, creencias, valores, entre otros).

d. Alternativas al procedimiento

Informar las alternativas a la intervención y en qué consisten, o si es la única opción.

e. Descripción del Post-tratamiento, incluyendo las responsabilidades del paciente

f. Consecuencias previsibles si no se realiza el procedimiento recomendado.

g. Declaratoria, que incluya el siguiente texto y datos:

"He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento.

Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno".

- Fecha y hora
- Firma del paciente y número de cédula de ciudadanía
- Firma, sello y código del profesional de salud que realizará la intervención y número de cédula de ciudadanía
- Firma, sello y código del anestesiólogo (si corresponde)
- Firma del paciente o del representante legal del paciente, si no tiene capacidad legal. En el caso de pacientes analfabetos se registrará la huella digital.
- Número de cédula de ciudadanía de quien firma. En caso de no ser el paciente: parentesco, teléfono.

h. Datos de negativa de consentimiento, que incluya el siguiente texto y datos:

"Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida."

- Nombre, y número cédula de ciudadanía del paciente o del representante legal (si el paciente no tiene capacidad legal).
- Firma del paciente o del representante legal (si el paciente está incapacitado o es menor de edad), número de cédula de ciudadanía, parentesco, teléfono. En el caso de pacientes analfabetos se registrará la huella digital.
- Nombre, sello, firma y código del profesional de salud tratante y número de cédula de ciudadanía
- Firma y número de cédula de ciudadanía del testigo (si el paciente no quiere suscribir el documento)
- Fecha

MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL

000053 16

i. Datos de revocatoria del consentimiento, que incluya el siguiente texto y datos:

"De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha _____ y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: _____. Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende".

- Nombre, firma y número de cédula de ciudadanía del paciente o del representante legal (si el paciente no tiene capacidad legal). En el caso de pacientes analfabetos se registrará la huella digital.
- Nombre, sello, firma y código del profesional sanitario que recibe la revocatoria. Firma del paciente o del representante legal (si el paciente no tiene capacidad legal) Fecha.

7.14. INSTRUCTIVO DE LLENADO

DATOS GENERALES:

1. Registrar el título de la intervención específica para la cual se solicita el consentimiento informado, por ejemplo, Consentimiento Informado para apendicectomía laparoscópica.
2. Registrar el nombre completo del establecimiento de salud. Ejemplo: "Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora".
3. Escribir el nombre del servicio que brinda la atención al paciente. Ejemplo: Cardiología.
4. Registrar el número de cédula o de historia clínica.
5. Registrar la fecha en la que se da información al paciente sobre el procedimiento a realizar. Ejemplo: 21/09/2014.
6. Registrar la hora en que se da información al paciente. Ejemplo: 16h00
7. Registrar el apellido paterno, materno y los nombres del paciente. Ejemplo: Terán López María Susana
8. Registrar en tipo de atención, una X según el paciente se encuentre en internación (hospitalización), o ambulatoria.
9. Registrar el nombre del diagnóstico principal de la patología en relación a la codificación CIE-10. Ejemplo: INFECCION DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

10. En nombre del procedimiento recomendado, anotar el procedimiento o intervención a ser realizado.

11. En el acápite "en qué consiste", el profesional de salud hará una explicación al paciente clara del procedimiento sea éste diagnóstico o terapéutico que se le realizará. El médico debe invitarle al paciente a hacer preguntas que mejoren la comprensión y aseguren al médico que esa comprensión se ha producido. El texto escrito deberá ser leído y comprendido por el paciente después de la correspondiente información presencial y verbal del profesional responsable, enfatizando los beneficios y riesgos de la intervención.
12. En el apartado "cómo se realiza", se debe explicar de manera simple cómo va a desarrollar el procedimiento, use palabras sencillas que resuman la intervención,
13. En "gráfico" debe incluir una ilustración seleccionada previamente que sea clara para explicar al paciente. **Esta es una de las partes que más valora el paciente**, por lo cual debe escoger un dibujo adecuado. Ecuador tiene predominantemente una cultura oral y gráfica, por tanto es esencial el uso de este recurso.
14. Señalar el tiempo aproximado de la duración de la intervención.

BENEFICIOS Y RIESGOS

15. Explique los beneficios de la intervención, de manera concreta y sencilla.
16. En el apartado de "riesgos frecuentes", se indicará los riesgos frecuentes y poco graves, no se trata de enumerar una lista interminable de posibilidades, sino de aportar información al paciente para una toma de decisión informada.
17. En el apartado de "riesgos poco frecuentes" señale con énfasis que son los riesgos poco frecuentes, de ser posible utilice estadísticas. Evite estructurar una lista interminable que amedrente al paciente.
18. En cuanto a la "riesgos específicamente relacionados con el paciente" debe registrar particularidades del paciente en relación a posibles riesgos debido a por ejemplo, alergias, enfermedades crónicas, edad o riesgos personales.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

19. En "alternativas al procedimiento" explique cuáles son, en qué consisten y registre las consideraciones que frente al caso se presentan, o señale si no existen alternativas, de ser el caso.

DESCRIPCION DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO

20. En descripción del manejo posterior al procedimiento, informar al paciente respecto a las condiciones físicas luego de la intervención, cuidados que se requiere para su recuperación.

**MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA
ASISTENCIAL**

00005316

CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO

21. En "consecuencias posibles sino no realiza el procedimiento, informar al paciente las consecuencias en caso de no realizarse el procedimiento sugerido.

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

22. Leer el texto al paciente y solicite que explique con sus propias palabras lo que ha comprendido en cuanto al procedimiento sugerido, de estar de acuerdo solicite que lo firme. El profesional de la salud también suscribirá este apartado del documento, anotar el código médico, fecha y hora de suscripción y poner su sello. Si no firma el paciente por no estar en competencia para hacerlo, debe firmarlo el representante legal.

El texto que debe ir en esta sección será:

22. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Fecha: _____ Hora: _____

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre de profesional que realiza el procedimiento

Firma, sello y código del profesional de la salud que
realizará el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

Parentesco: _____

**MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA
ASISTENCIAL**

00005316

NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

23. Si después de haber recibido toda la información, en la que se especificarán las posibles consecuencias de no someterse al procedimiento, el paciente se niega a firmar su consentimiento, deberá firmar un Documento de Negación. Si se niega a firmar este último documento deberá firmar un testigo.

El texto que debe ir en esta sección será:

NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

23. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO – Fecha: _____

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre del profesional tratante

Firma, sello y código del profesional tratante

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

Parentesco:

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:

Nombre completo de testigo

Cédula de ciudadanía

Firma del testigo

**MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA
ASISTENCIAL**

00005316

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

24. En el acápite de revocatoria, el paciente tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento, aunque haya otorgado previamente su conocimiento, sin que ello suponga un menoscabo de la atención recibida. En este caso, debe firmar esta sección, y quedar anotado en la Historia Clínica del paciente.


El texto que debe ir en esta sección será:

24. REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha _____ y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: _____		
Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.		
_____ <i>Nombre completo del paciente caso</i>	_____ <i>Cédula de ciudadanía</i>	_____ <i>Firma del paciente o huella, según el</i>
Si el paciente no está en capacidad de firmar la negativa del consentimiento informado:		
_____ <i>Nombre del representante legal</i>	_____ <i>Cédula de ciudadanía</i>	_____ <i>Firma del representante legal</i>

00005316

MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL

8. Ficha de caracterización de aplicación del modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en práctica asistencial

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>FICHA DE CARACTERIZACIÓN</p>	<p>FECHA: 30-07-2015</p> <p>VERSION: 002</p>
<p>MACROPROCESO</p>	<p>Dirección Nacional de Calidad y Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada.</p>	
<p>PROCESO</p>	<p>Aplicación del consentimiento informado en práctica asistencial</p>	
<p>SUBPROCESO(S)</p>	<p>N/A</p>	
<p>OBJETIVO</p>	<p>General: Garantizar el derecho de los pacientes a ser informados, previo a la toma de decisiones respecto a su salud, con el fin promover su autonomía en las decisiones sobre su salud y su cuerpo.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regular la aplicación del consentimiento informado, suscrito libre y voluntariamente por el paciente o su representante, gracias a la información que el profesional sanitario le brinda. • Contribuir a fortalecer la relación médico-paciente, y el derecho a la libertad de una persona para decidir sobre su propia salud. • Promover el ideal de la autonomía del paciente y la manifestación de una sociedad pluralista, autónoma, democrática y con estado de derecho. 	
<p>ALCANCE</p>	<p>Desde: Apoyo en proceso de formación de talento humano para aplicación de consentimiento informado en casos de atención sanitaria.</p> <p>Hasta: Supervisión de implementación de consentimiento informado suscrito en procedimientos de atención sanitaria de riesgo mayor y consentimiento informado verbal en intervenciones clínicas de riesgo menor.</p> <p>El presente proceso aplica para la atención sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.</p>	
<p>PROVEEDORES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud • Pacientes • Profesionales de salud 	
<p>DISPARADOR</p>	<p>Aplicar la normativa existente a fin de proteger los derechos de los pacientes y promover su autonomía en las decisiones sobre su cuerpo.</p>	

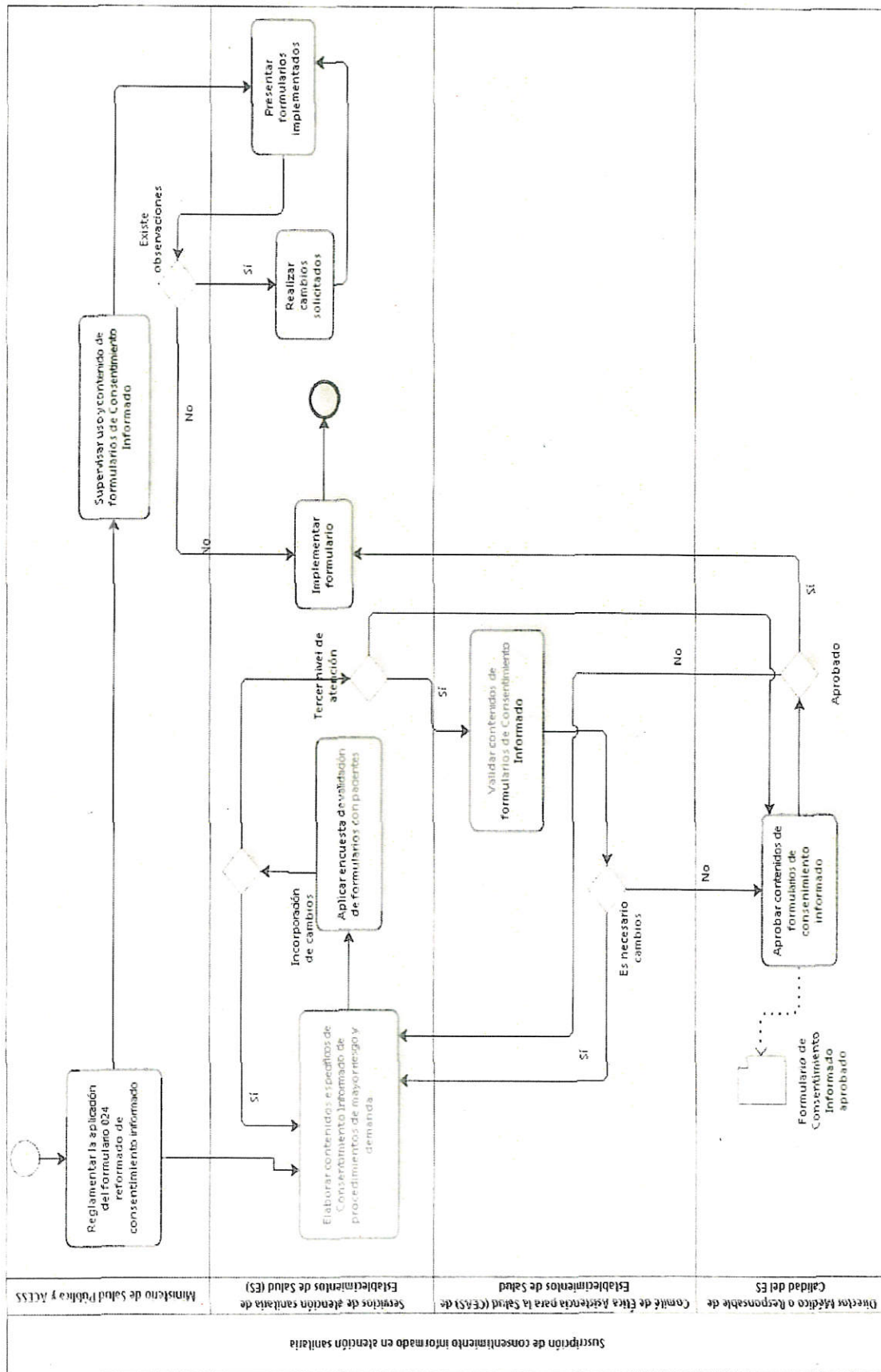
INSUMO(S)	<ul style="list-style-type: none"> • Normativas nacionales y de la Autoridad Sanitaria relacionadas con consentimiento informado en práctica sanitaria. • Documentos internacionales sobre consentimiento informado. • Modelo para elaboración de formularios de consentimiento informado en práctica sanitaria, que actualiza el formulario 024, Acuerdo Ministerial 138 publicado en Registro Oficial 316 de 15 de abril de 2008. 	
PRODUCTO(S) /SERVICIO(S)	CONSENTIMIENTOS INFORMADOS SUSCRITOS EN INTERVENCIONES MÉDICAS DE RIESGO MAYOR EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
CLIENTES INTERNOS	<ul style="list-style-type: none"> • Viceministerio de Atención Integral de Salud • Dirección Nacional de Calidad del MSP • Subsecretaría de Provisión de Servicios • Dirección Nacional de Hospitales • Establecimientos de salud del MSP 	
CLIENTES EXTERNOS	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria del Sistema Nacional de Salud • Pacientes 	
POLÍTICAS	<p>La Autoridad Sanitaria Nacional debe emitir regulación para promover una atención de calidad y calidez a los pacientes, el consentimiento informado es una herramienta sustantiva para apoyar esta competencia.</p>	
CONTROLES (ESPECIFICACIONES TECNICAS Y LEGALES)	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la República del Ecuador. • Plan Nacional del Buen Vivir. • Ley Orgánica de Salud. • Ley de Derechos y Amparo al Paciente • Código Civil • Acuerdos Ministeriales. • Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO 	
RECURSOS	Talento Humano	<ul style="list-style-type: none"> • Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada • Dirección Nacional de Calidad • Coordinaciones Zonales • Gerente Institucional de Consolidación de Bioética del MSP o quien desarrolle sus funciones • Directores médicos • Comités de ética asistencial para la salud • Profesionales de salud
	Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Formularios de consentimiento informado suscritos.
	Tecnológicos	N/A
	Financieros	Según el presupuesto asignado a cada establecimiento de salud y a la Dirección Nacional de Calidad y Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada
FRECUENCIA	Diaria	
VOLUMEN	De acuerdo al requerimiento de cada establecimiento de salud	

00005316

**MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA
ASISTENCIAL**

INDICADORES DESEMPEÑO	Nombre:	Frecuencia:	Fórmula de cálculo:
	Formularios de consentimientos informados elaborados en cada establecimiento de salud	Evaluación de implementación de formularios semestral en la fase de implementación del proceso, y bianual, una vez implementado.	Número de consentimientos informados elaborados por cada establecimiento de salud, debe ser igual al número de procedimientos de riesgo mayor más comunes, en cada establecimiento de salud
ANEXOS	Modelo para estructurar un consentimiento informado suscrito en práctica asistencial		

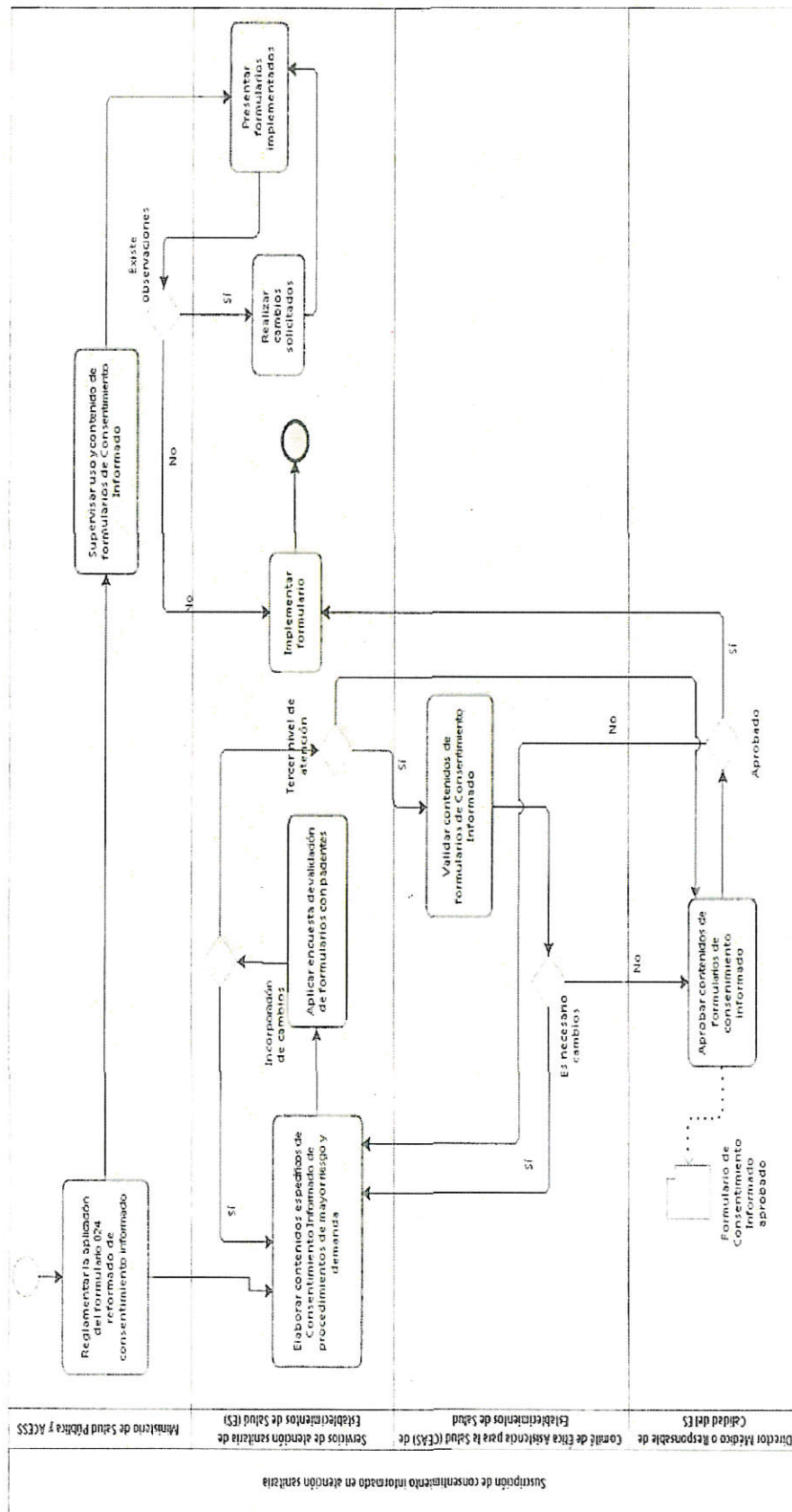
9. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE MODELO DE GESTIÓN PARA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL



Handwritten signature and date: 20/11/2014

MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL

00005316



[MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL]

00005316

10. DESCRIPCIÓN DEL FLUJOGRAMA		
NOMBRE DEL PROCESO: Suscripción de consentimiento informado en atención sanitaria		
	UNIDAD / PUESTO	TAREA / ACTIVIDAD
1	Establecimientos de salud	Cada establecimiento de salud, en función de los servicios de atención sanitaria que brinda, desarrollará los contenidos específicos de consentimiento informado, por cada intervención o procedimiento médico, basado en el modelo establecido, que reemplaza al formulario 024 y en lo señalado en el punto 7 "consentimiento informado escrito" del modelo de gestión de aplicación de consentimiento informado en práctica asistencial.
		Los contenidos del formulario de consentimiento informado deben ser elaborados bajo consenso por los profesionales de salud de las unidades operativas públicas y privadas.
		Antes de su implementación, serán sometidos a una encuesta a pacientes para verificar comprensión del lenguaje utilizado.
		Posteriormente, en los casos de establecimientos de tercer nivel, serán validados por un comité de ética asistencial para la salud (CEAS), de la institución que proponga los contenidos, o por un CEAS aprobado por el MSP.
		El director/a médico aprobará los contenidos de los formularios de consentimiento informado que haya desarrollado un establecimiento de salud. Los documentos aprobados pueden ser publicados en la web institucional de cada establecimiento de salud.
		Los formularios de consentimientos informados definidos en cada establecimiento serán revisados cada dos años o ajustados según se requiera.
		Los profesionales de salud tratantes realizan el proceso de consentimiento informado suscrito en intervenciones de riesgo mayor, igualmente registran en dicho documento la negativa o revocatoria al procedimiento, de ser el caso. Se archiva el consentimiento informado en la historia clínica del paciente. En caso de alta voluntaria, sin autorización médica, se registra en la historia clínica.

000053 16

MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL]

2	Pacientes o representante legal, en los casos que corresponda	Luego de la explicación del profesional de la salud, deciden libremente si aceptan o niegan la realización del procedimiento médico de riesgo mayor y suscriben el consentimiento informado.
		Los pacientes pueden revocar su consentimiento informado, cuando decidan, siempre que no pongan en riesgo su vida.
3	Ministerio de Salud	El Ministerio de Salud Pública desde de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud; y a través las Coordinaciones Zonales y las Direcciones Distritales, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, o quienes cumplan sus funciones, supervisarán en cualquier momento los formularios de consentimiento informado que utilicen los establecimientos de salud.

11. REFERENCIAS

1. Simón Lorda Pablo; 2008 [cited 2015 julio 7. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000200006&script=sci_arttext
2. Castaño de Restrepo Patricia. Responsabilidad Civil y Patrimonial del Estado. primera ed. Patricia Castaño, editor. Bogotá: Editorial Temis; 2003.
3. Sánchez González Miguel Angel. Bioética en Ciencias de la Salud. primera ed. España: Elsevier España, S.L.; 2013.
4. Ministerio de Salud Pública, Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud 2014.
5. Congreso Nacional del Ecuador. Código Civil del Ecuador. 2005.
6. Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas (UNISDR); Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres; 2009, [cited 2015 agosto]. Disponible en:
http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf
7. Australian Government, National Health and Medical Research Council, National Statement in Ethical Conduct in Human Research, Updated May, 2015, [cited 2015 agosto]. Disponible en:
<https://www.nhmrc.gov.au/book/chapter-2-1-risk-and-benefit>
8. UCLA-Center for Health Policy Research, Apéndice D: Consideraciones Éticas En Investigaciones Con Seres Humanos, 2012, [cited 2015 agosto]. Disponible en:
http://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-data-espanol/Documents/apendice_D_elaborando.p
9. Asociación Española Contra el Cáncer, Sedación Terminal, agosto 2015, [cited 2015 agosto] Disponible en:
<https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Sedaci%C3%B3nTerminal.aspx>
10. American Medical Association. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-history/history-ama-ethics.page>. [Online].; 1980 [cited 2015 mayo 7. Disponible en:
<http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-history/history-ama-ethics.page>.
11. Mondragón Barrios Liliana, US National Library of Medicine. [Online]; 2009 [cited 2015 julio 1. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2788237/>.
12. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células. 2011.
13. Congreso Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. 2006.
14. Ministerio de Salud Pública, Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica. 2014.

00005316

**MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL]****12. ANEXO****DNEAIS – HCU-FORM.024****MODELO PARA ELABORAR FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL****1. Título: "Consentimiento Informado para"****2. Nombre del establecimiento de salud: HOSPITAL –****3. Servicio del establecimiento de salud:****4. NÚMERO DE CÉDULA/HCU DEL PACIENTE: _____****5. FECHA: _____ 6. HORA: _____**

7.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD

8. TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatoria: _____ Hospitalización: _____**9. NOMBRE DEL DIAGNOSTICO (codificación CIE10)****10. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO****11. ¿EN QUÉ CONSISTE?****12. ¿CÓMO SE REALIZA?****13. GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión al paciente)****14. DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN:****15. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:****16. RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES) :****17. RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES) :****18. DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc) :****19. ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:****20. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:****21. CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:****DNEAIS – HCU-FORM.024 - anverso**

[MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL]

00005316

22. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Fecha: _____ Hora: _____

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre de profesional que realiza el procedimiento Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía Firma del representante legal

Parentesco: -----

23. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO – Fecha: _____

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre del profesional tratante Firma, sello y código del profesional tratante

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía Firma del representante legal

Parentesco: -----

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:

Nombre completo de testigo Cédula de ciudadanía Firma del testigo

24. REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha _____ y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: _____. Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella, según el caso

Si el paciente no está en capacidad de firmar la negativa del consentimiento informado:

Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía Firma del representante legal

FECHA CREACION	2015
GRUPO ETNICO	MESTIZO
INSTRUCCIÓN	Sin instruccion
ESTADO CIVIL	(Todas)
GENERO	(Todas)

Cuenta de ESTRATEGIA	Rótulos de columna		
	GESTION OFICIOSA	INVESTIGACION DEFENSORIAL	Total general
Rótulos de fila			
COORDINACION GENERAL DEFENSORIAL 1	1		1
FINALIZADA	1		1
COORDINACION GENERAL DEFENSORIAL 4		2	2
FINALIZADA		2	2
COORDINACION GENERAL DEFENSORIAL 5		2	2
FINALIZADA		1	1
TRAMITE		1	1
COORDINACION GENERAL DEFENSORIAL 8		2	2
TRAMITE		2	2
COORDINACION GENERAL DEFENSORIAL 9 (NORTE/SUR)		4	4
TRAMITE		4	4
DELEGACION DE PICHINCHA		1	1
TRAMITE		1	1
OFICINA AZOGUES		1	1
FINALIZADA		1	1
OFICINA DE SANTO DOMINGO	1		1
FINALIZADA	1		1
OFICINA LATACUNGA	2		2
FINALIZADA	2		2
OFICINA PUYO		2	2
TRAMITE		2	2
Total general	4	14	18

Anexo N° 47

Tabla N° 1. Número de casos nuevos diagnosticados con Western Blot por provincia de residencia.

Año 2015.

Provincia	Femenino	Masculino	No indica	Total
AZUAY	19	52	2	73
BOLIVAR	2	3		5
CAÑAR	4	20		24
CARCHI	1	4		5
CHIMBORAZO	7	12		19
COTOPAXI	7	23		30
EL ORO	61	89	2	152
ESMERALDAS	63	87		150
GALAPAGOS		4		4
GUAYAS	442	745		1187
IMBABURA	6	17		23
LOJA	8	28		36
LOS RIOS	62	75		137
MANABI	69	163		232
MORONA SANTIAGO	9	15		24
NAPO	2	6		8
NO INDICA	41	79	5	125
ORELLANA	10	9		19
OTRO PAIS	2	9		11
PASTAZA	3	7		10
PICHINCHA	57	161	1	219
SANTA ELENA	32	39		71
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	20	42		62
SUCUMBIOS	10	11		21
TUNGURAHUA	4	13		17
ZAMORA CHINCHIPE	2	7		9
TOTAL	943	1720	10	2673

Fuente: Estrategia Nacional de VIH (enero – octubre 2015)

Tabla N° 2. Número de pruebas realizadas con Western Blot. Año 2015.

INSTITUCION DE REPORTE	Resultado Indeterminado	Resultado Negativo	Resultado Positivo	Solicitan nueva muestra	Total
HOSPITAL ABEL GILBERT	8	9	344		361
HOSPITAL GUSTAVO DOMINGUEZ	1	26	65		92
HOSPITAL TEOFILO DAVILA	2	12	53	4	71
INSPI CUENCA	8	146	224		378
INSPI GUAYAS	67	153	1512	6	1738
INSPI QUITO	124	60	475	1	660
TOTAL	210	406	2673	11	3300

Fuente: Ministerio de Salud Pública (enero – octubre 2015)

Tabla N° 3. Casos nuevos de VIH por provincias.

Provincia	Femenino	Masculino	No indica	Total
AZUAY	19	52	2	73
BOLIVAR	2	3		5
CAÑAR	4	20		24
CARCHI	1	4		5
CHIMBORAZO	7	12		19
COTOPAXI	7	23		30
EL ORO	61	89	2	152
ESMERALDAS	63	87		150
GALAPAGOS		4		4
GUAYAS	442	743		1187
IMBABURA	6	17		23
LOJA	8	28		36
LOS RIOS	62	75		137
MANABI	69	163		232
MORONA SANTIAGO	9	15		24
NAPO	2	6		8
NO INDICA	41	79	5	125
ORELLANA	10	9		19
OTRO PAIS	2	9		11
PASTAZA	3	7		10
PICHINCHA	57	161	1	219
SANTA ELENA	32	39		71
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILA	20	42		62
SUCUMBIOS	10	11		21
TUNGURAHUA	4	13		17
ZAMORA CHINCHIPE	2	7		9
TOTAL	943	1726	10	2673

Fuente: Ministerio de Salud Pública (enero – octubre 2015)



Ciclo de Vida	Grupo programático	Tipo de Vacuna	Total dosis	Dosis* recomendada	Vía de administración	Frecuencia de administración			
						1 dosis	2 dosis	3 dosis	Revisión
NIÑEZ	Menores de un año	*BCG	1	0,05/0,1 ml	I. O.	Dosis única R. 14 dentro de las primeras 12 horas de vida			Revisión 4to día (1 Refuerzo)
		H.B	2	0,5 ml	I. M.	R. 14 dentro de las primeras 24 horas de vida			Revisión 4to día (1 Refuerzo)
		Neumococo	2	1,5 ml	V. O.	2m	4m		
		Perforados (DPT+abst.)*	3	2 gotas	V. O.	2m	4m	6m	
		Neumococo conjugado	3	0,5 ml	I. M.	2m	4m	6m	
		Influenza Estacional Trivalente (1 a partir de los 6 meses a 11 meses)	3	0,5 ml	I. M.	2m	4m	6m	
		Rotavirus	2	0,25	I. M.	3er Contacto al mes de la primera dosis			
		Diffuria, Tetano, Toxofobia (DPT)	1	0,5 ml	I. M.				1 año después de la tercera dosis del Perforado (1a dosis)
		Antigripalibérica	1	0,5 ml	V. O.				1 año después de la tercera dosis de antigripal (1a dosis)
		Sarampión, rubéola, parotiditis (SRP)	1	0,5 ml	S. C.				
ADOLESCENCIA	12 a 17 meses	Fiebre Aneurística (FA)	1	0,5 ml	S. C.	12 meses			
		Varicela	1	0,5 ml	S. C.	15 meses			
		Influenza Estacional Trivalente	1	0,25 ml	I. M.	1er contacto			
		Influenza Estacional Trivalente	1	0,27 ml	I. M.	1er contacto			
		Influenza Estacional Trivalente	1	0,55 ml	I. M.	1er contacto			
		SRP	1	0,5 ml	I. M.	2da dosis a los 6 años de edad			
		SRP	1	0,5 ml	S. C.	6 meses después de la primera dosis			
		SRP	2	0,5 ml	I. M.	1er contacto			
		SRP	1	0,5 ml	I. M.				
		SRP	1	0,5 ml	I. M.				
VACUNACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO	MEF, Embarazadas y/o en lactancia	Neumococo 23 valente	1	0,5 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal. Si no existe antecedente vacunal, proceder a iniciar el esquema, conservando los intervalos de 0,1 mes, 6 meses, 1 año, 1 año hasta completar los 5 años que requiere el esquema de adulto			
		HB	3	20 µg/1 ml	I. M.	Primer contacto			
		HB	3	20 µg/1 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal. Conservando los intervalos de 0,1 mes, 6 meses			
		SR	1	0,5 ml	S. C.	Completar esquema según historia vacunal. Conservando los intervalos de 0,1 mes, 6 meses			
		SR	1	0,5 ml	S. C.	Completar esquema según historia vacunal. Conservando los intervalos de 0,1 mes, 6 meses			
		SR	1	0,5 ml	S. C.	Completar esquema según historia vacunal. Conservando los intervalos de 0,1 mes, 6 meses			
		SR	1	0,5 ml	S. C.	Completar esquema según historia vacunal. Conservando los intervalos de 0,1 mes, 6 meses			
		SR	1	0,5 ml	S. C.	Completar esquema según historia vacunal. Conservando los intervalos de 0,1 mes, 6 meses			
		SR	1	0,5 ml	S. C.	Completar esquema según historia vacunal. Conservando los intervalos de 0,1 mes, 6 meses			
		SR	1	0,5 ml	S. C.	Completar esquema según historia vacunal. Conservando los intervalos de 0,1 mes, 6 meses			

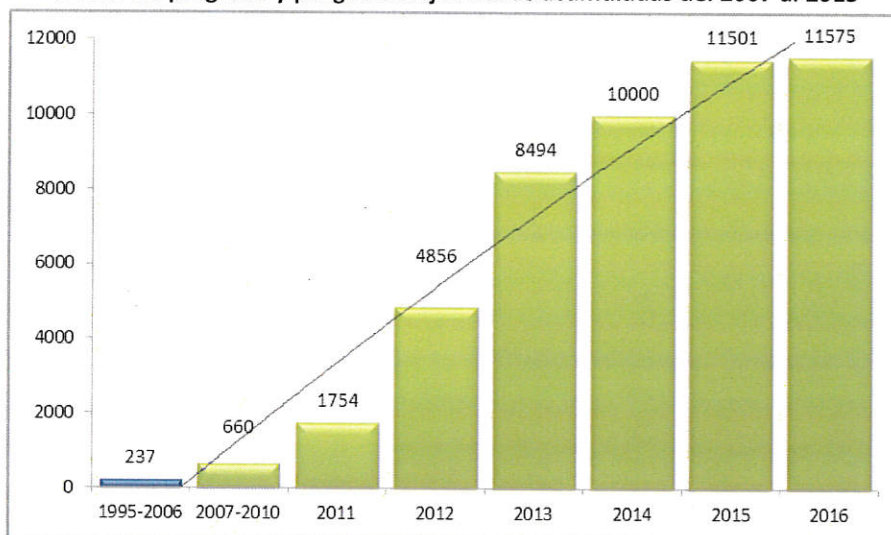
* Para menores de 1 año, la dosis de la vacuna BCG es de 0,05/0,1 ml. Para mayores de 1 año, la dosis es de 0,1 ml.
* Para menores de 1 año, la dosis de la vacuna HB es de 0,5 ml. Para mayores de 1 año, la dosis es de 1,0 ml.
* Para menores de 1 año, la dosis de la vacuna SR es de 0,5 ml. Para mayores de 1 año, la dosis es de 1,0 ml.
* Para menores de 1 año, la dosis de la vacuna SR es de 0,5 ml. Para mayores de 1 año, la dosis es de 1,0 ml.
* Para menores de 1 año, la dosis de la vacuna SR es de 0,5 ml. Para mayores de 1 año, la dosis es de 1,0 ml.
* Para menores de 1 año, la dosis de la vacuna SR es de 0,5 ml. Para mayores de 1 año, la dosis es de 1,0 ml.
* Para menores de 1 año, la dosis de la vacuna SR es de 0,5 ml. Para mayores de 1 año, la dosis es de 1,0 ml.
* Para menores de 1 año, la dosis de la vacuna SR es de 0,5 ml. Para mayores de 1 año, la dosis es de 1,0 ml.
* Para menores de 1 año, la dosis de la vacuna SR es de 0,5 ml. Para mayores de 1 año, la dosis es de 1,0 ml.
* Para menores de 1 año, la dosis de la vacuna SR es de 0,5 ml. Para mayores de 1 año, la dosis es de 1,0 ml.

SUBSECRETARÍA DE FORTALECIMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y BECAS

1.1 Información de becas adjudicadas

Hasta el mes de febrero de 2016, se han adjudicado un total de **11.575** becas para estudios de grado y posgrado en el exterior, es decir más de 49 veces lo entregado por gobiernos anteriores.

Becas de pregrado y posgrado adjudicadas acumuladas del 2007 al 2015



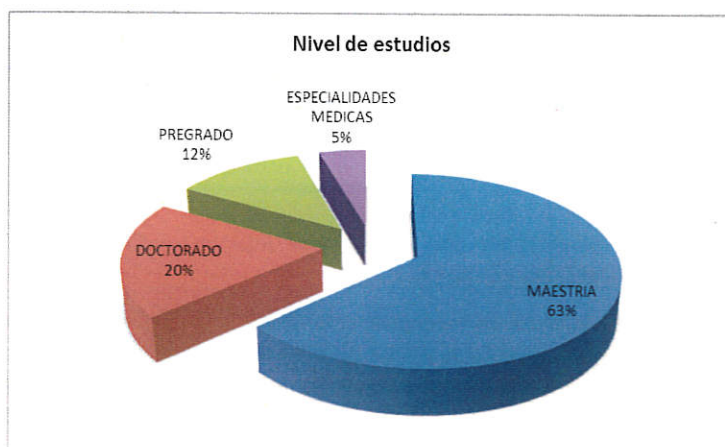
Fuente: Subsecretaría de Fortalecimiento del Conocimiento y Becas e Instituto de Fomento al Talento Humano

Elaboración: Subsecretaría de Fortalecimiento del Conocimiento y Becas

Fecha de corte: 29 de febrero de 2016

1.2 Becas por nivel de estudios

El 63% de becas son para estudios de Maestría, mientras que el 20% realiza estudios de Doctorado y el 12% de Pregrado.



Fuente: Subsecretaría de Fortalecimiento del Conocimiento y Becas e Instituto de Fomento al Talento Humano

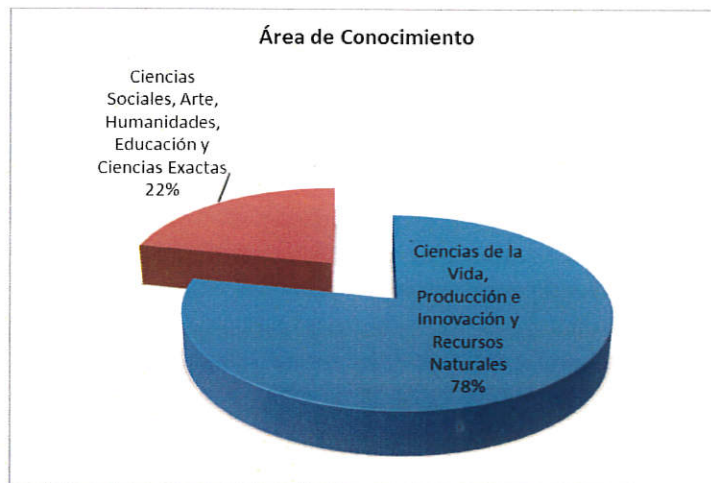
Elaboración: Subsecretaría de Fortalecimiento del Conocimiento y Becas

Fecha de corte: 29 de febrero de 2016.

Nota técnica: No incluye becas de cooperación internacional

1.3 Becas por área de conocimiento

El 78% de becas corresponde a carreras relacionadas a Ciencias de la Vida, Producción e Innovación, y Recursos Naturales, mientras que el 22% restante realiza sus estudios en Ciencias Sociales, Artes, Humanidades, Educación y Ciencias Exactas.



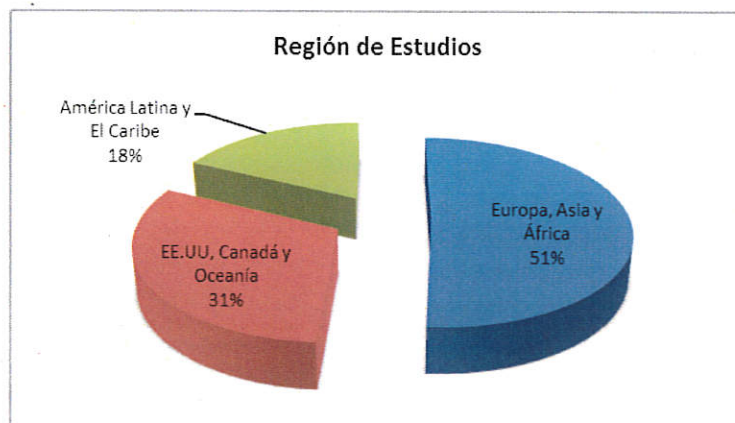
Fuente: Subsecretaría de Fortalecimiento del Conocimiento y Becas e Instituto de Fomento al Talento Humano

Elaboración: Subsecretaría de Fortalecimiento del Conocimiento y Becas

Fecha de corte: 29 de febrero de 2016.

1.4 Becas por región de estudios

Europa, Asia y África es la región con mayor interés con un 40%, seguido de América Latina y El Caribe con el 38%.



Fuente: Subsecretaría de Fortalecimiento del Conocimiento y Becas e Instituto de Fomento al Talento Humano

Elaboración: Subsecretaría de Fortalecimiento del Conocimiento y Becas

Fecha de corte: 29 de febrero de 2016.

Nota técnica: No incluye becas de cooperación internacional

Los principales países de preferencia son: España, Reino Unido, Estados Unidos de América, Australia, Chile, Argentina, Canadá, Francia y Brasil.

ACTA DE INSTALACIÓN DEL CONSEJO CIUDADANO SECTORIAL DE EDUCACIÓN

Quito, miércoles 29 de julio de 2015, siendo las 9h00 de la mañana, se da inicio a la Asamblea Ciudadana Ordinaria de INSTALACIÓN DEL CONSEJO CIUDADANO SECTORIAL de EDUCACIÓN, convocada por el Ministerio de Educación, con la participación de DIECIOCHO REPRESENTANTES CIUDADANOS/AS.

Luego de la instalación de la Asamblea, se mociona designar al **Sr Jose Muñoz** con C.I: **1201040456** como **PRESIDENTE/A AD - HOC** y al **Srta. Erika Caiza** con C.I: **1724240377** como **SECRETARIO/A AD-HOC** para garantizar la transparencia y elección democrática del proceso de elección de delegados y delegadas para el Consejo Ciudadano Sectorial del Ministerio de Educación, moción que cuenta con el apoyo de los y las presentes, aprobándose por unanimidad y tomando posesión inmediatamente de su cargo.

El Presidente ad-hoc realiza la constatación de quórum y procede a leer el orden del día, mismo que es aprobado por los asistentes a la Asamblea.

Mediante propuesta de los participantes se da inicio al proceso de nominación de candidatos a **COORDINADOR/A Y SECRETARIO/A DEL CONSEJO CIUDADANO SECTORIAL** del Ministerio Educación, respetando los principios de equidad, justicia, e interculturalidad.

Dando cumplimiento a lo establecido en el procedimiento parlamentario y mediante voto nominativo público y por mayoría simple, se nombra al **Sr. Segundo Viveros** con C.I: **1001604576** como **COORDINADOR NACIONAL** y a la **Sra. Carmen Hermosa** con C.I: **1705855680** como **SECRETARIA**.

Habiendo sido revisadas las actas de nominación de candidatos y dando fe de lo expuesto en ellas, se procede a nombrar a todas las dignidades elegidas en el día de hoy tanto para **COORDINADOR Y SECRETARIA NACIONAL, COORDINADORES/AS, SECRETARIOS/AS Y DEMÁS INTEGRANTES POR CADA MESA DE TRABAJO**.

Mediante propuesta de los asistentes y voto nominativo público y por unanimidad, se nombran las siguientes personas como **COORDINADORES/AS Y SECRETARIOS/AS POR CADA MESA DE TRABAJO**

Coordinadores/as

MESA 1 CALIDAD: Marco Quizhpi	C.I: 0103517124
MESA 2 COBERTURA : Gabriela Chasiguan	C.I: 1003161252
MESA 3 SERVICIOS EDUCATIVOS: José Muñoz	C.I: 1201040456

Secretarios/as

MESA 1 CALIDAD: Gonzalo Criollo	C.I: 1719562900
MESA 2 COBERTURA: Gary Lajones	C.I: 0800501710
MESA 3 SERVICIOS EDUCATIVOS: Erika Caiza	C.I: 1724240377

El Presidente/a ad -hoc toma juramento y posesiona al Coordinador y Secretario/a Nacional del Consejo Ciudadano Sectorial de Educación. El Coordinador del CCS a su vez toma juramento a los 3 Coordinadores/as de cada mesa.

La Asamblea del Consejo Ciudadano Sectorial de Educación nombra, mediante nominación de los delegados, nombra a un principal y alterno para que representen el proceso en la Asamblea Ciudadana Plurinacional e Intercultural para el Buen Vivir:

DELEGADO PRINCIPAL: Segundo Viveros C.I: 1001604576
DELEGADO ALTERNO: Eddy Catillo C.I: 0602684136

En función a lo anteriormente acontecido y expuesto, aprobamos y damos fé de la designación de cada uno/a de los/as delegado/a al CONSEJO CIUDADANO SECTORIAL DE EDUCACIÓN.

Atentamente.



Presidente/a Ad-hoc Asamblea
Jose Muñoz
C.I: 1201040456



Secretario/a Ad-hoc Asamblea
Erika Caiza
C.I: 1724240377

Anexo N° 2

Tabla N° 1. Tasas de aportación según modalidad y regímenes de afiliación al año 2015

Modalidad de afiliación o régimen	Aporte personal	Aporte Patronal	Total
Seguro Voluntario	20.60%	-	20.60%
Trabajadores dependientes públicos	11.45%	9.15%	20.60%
Trabajadores dependientes privados	9.45%	11.15%	20.60%
Trabajo no remunerado en el hogar			0.00%
Nivel 1	2.26%	10.99%	13.25%
Nivel 2	5.30%	7.95%	13.25%
Nivel 3	7.30%	5.95%	13.25%
Nivel 4	13.25%	-	13.25%
Seguro Social Campesino	0.5625% de un SBU		0.5625% de un SBU
Aporte empleadores			0.35%
Aporte afiliados			0.35%
Aporte aseguradoras			0.50%
Estado			288.000 fijos y 0.3% de la masa salarial
Fuerzas Armadas	23%	26%	49.00%
Policía Nacional	23.46%	25.85%	49.31%

Fuente: Resoluciones del Consejo Directivo del IESS, Fuerzas Armadas y Policía Nacional (2015)

Anexo N° 3

Tabla N° 1. Porcentaje de la población asegurada por sistemas contributivos

Desagregación	Estimación
Nacional	43,6%
Hombre	44,7%
Mujer	42,0%
Indígena	20,2%
Afro ecuatoriano	40,2%
Negro	36,8%
Mulato	37,9%
Montubio	37,5%
Mestizo	46,3%
Blanco	54,3%
Otro, cual (*)	36,4%
Ninguno	19,3%
Centro de alfabetización	35,3%
Educación Básica	31,8%
Educación Media/Bachillerato	44,9%
Superior no Universitario	67,3%
Superior Universitario	71,6%
Post Grado	92,3%

Fuente: ENEMDU (junio de 2015)

Nota: El tamaño de la población muestral no es lo suficientemente grande para que la información sea estadísticamente significativa.

Anexo N° 4

Tabla N° 1. Porcentaje de la población cubierta por sistemas no contributivos por sexo

Por sexo y tipo de prestación	Octubre 2015			%	
Total personas beneficiarias de alguna prestación no contributiva	1,097,044	Hombres	80,384	% respecto de la población total	6.7%
		Mujeres	1,016,660		
Madre (BDH)	435,606	Hombres	794	% respecto de la población total de hombres	1.0%
		Mujeres	434,812		
Pensión asistencial para adultos mayores	535,453	Hombres	62,222		
		Mujeres	473,231		
Pensión asistencial para personas con discapacidad	125,985	Hombres	17,368	% respecto de la población total de mujeres	12.4%
		Mujeres	108,617		
Total población proyectada (Proyecciones población INEC 2015)			16,278,844		
Total población proyectada hombres			8,062,610		
Total población proyectada mujeres			8,216,234		

Fuente: Registro Interconectado de Programas Sociales (RIPS) del MCDS y Proyecciones de población del INEC 2015

Nota: Se incluye BDH para madres, pensión asistencial para adultos mayores, pensión asistencial para personas con discapacidad.

Tabla N° 2. Porcentaje de la población cubierta por sistemas no contributivos por etnia

Por etnia	Octubre 2015
Total personas beneficiarias de alguna prestación no contributiva	1,097,044
Mestizo(a)	710,695
Indígena	155,172
Montubio(a)	11,220
Blanco(a)	24,078
Negro(a)	17,801
Mulato(a)	14,836
Afro ecuatoriano	4
Otros	130,165
No identificado(a)	33,073

Fuente: Registro Interconectado de Programas Sociales (RIPS) del MCDS y Proyecciones de población del INEC 2015

Nota: Se incluye BDH para madres, pensión asistencial para adultos mayores, pensión asistencial para personas con discapacidad

Anexo N° 5

Tabla N° 1. Porcentaje de población afiliada a regímenes especiales por sexo, etnia/raza y nivel educativo.

Numerador	Estimación de la razón
Nacional	8,1%
Hombre	8,4%
Mujer	7,5%
Indígena	9,0%
Afro ecuatoriano (*)	7,5%
Negro (*)	9,9%
Mulato (*)	5,2%
Montubio	21,8%
Mestizo	7,2%
Blanco (*)	9,7%
Ninguno	14,0%
Centro de alfabetización	28,1%
Educación Básica	10,8%
Educación Media/Bachillerato	6,3%
Superior no Universitario (*)	5,8%
Superior Universitario	2,4%
Post Grado (*)	2,0%

Fuente: ENEMDU junio de 2015

(*) La información no es estadísticamente significativa.

Anexo N° 6

Tabla N° 1. Porcentaje de adultos mayores de 65 años de edad cubiertos por una prestación económica de vejez del nivel contributivo y no contributivo

Por sexo	Octubre 2015			% Por sexo			% Total	
Total de personas mayores de 65 años cubiertos por una prestación económica de vejez del nivel no contributivo	535,326	Hombres	62,222	% respecto de la población total de personas mayores a 65 años	Hombres	12.0%	Hombres	35.0%
		Mujeres	473,104		Mujeres	80.4%	Mujeres	94.5%
Total de personas mayores de 65 años cubiertos por una prestación económica de vejez del Seguro General Obligatorio del IESS y del Seguro Social Campesino	263,790	Hombres (*)	119,852	% respecto de la población total de personas mayores a 65 años	Hombres (*)	23.0%	Total	67%
		Mujeres (*)	82,986		Mujeres (*)	14.1%		

Total población proyectada mayor a 65 años de edad (Proyecciones población INEC 2015)	1,108,991
Total población proyectada hombres mayores a 65 años de edad	520,559
Total población proyectada mujeres mayores a 65 años de edad	588,432

Fuente: Registro Interconectado de Programas Sociales (RIPS), Registros Administrativos del IESS y Proyecciones de Población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)

(*) Se excluyen los pensionistas del Seguro Social Campesino por no contar con la desagregación por sexo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), por esta razón la suma de hombres y mujeres no cuadra con el total de personas mayores de 65 años con una pensión por vejez del IESS Seguro General y Seguro Social Campesino.

Anexo N° 7

Tabla N° 1. Contribuciones del Estado al Sistema de Seguridad Social contributivo (IESS, ISSFA e ISSPOL) y no contributivo.

Porcentaje total de recursos del presupuesto nacional asignados a seguridad social		
Diciembre 2014		%
Contribución del Estado al IESS (40%) (*)	1,147,583,136	3.3%
Contribución del Estado al ISSFA (60%) (**)	315,003,155.86	0.9%
Contribución del Estado al ISSPOL (60%) (**)	144,431,042.80	0.4%
Contribución del Estado para las prestaciones no contributivas (***)	858,591,250	2.5%
Total de recursos destinados al sistema de seguridad social	2,465,608,585	7.2%
Presupuesto General del Estado	34,300,000,000	

Fuente: Balances de la Superintendencia de Bancos y Seguros a diciembre de 2014 y Registro Interconectado de Programas Sociales (RIPS)

(*) En los rubros de contribución del Estado al IESS (40%) se incluye: Riesgos del Trabajo, Seguro Adicional Contratado, IVM y Seguro Social campesino. Dentro del Seguro Social Campesino ya se incluye el valor de aportación fija del Estado equivalente a USD 288.000 como una contribución obligatoria del Estado.

(**) En los rubros de contribución del Estado al ISSFA e ISSPOL (60%) se incluye: la aportación del 60% a las pensiones de retiro, invalidez y muerte (RIM).

(***) Dentro de la contribución del Estado para las prestaciones no contributivas se ha tomado en cuenta el número de beneficiarios de: Bono de Desarrollo Humano para madres, pensión asistencial para adultos mayores y pensión asistencial para personas con discapacidad. La pensión para cada uno de estos grupos se encuentra en USD 50 mensuales.

Nota: De las contribuciones del Estado, se excluye la aportación patronal que hace el Estado como Gobierno Central en calidad de patrono de los trabajadores públicos.

Anexo N° 8

Matriz N° 1. Un marco conceptual para la economía informal

Unidades de producción por tipo	Puestos de trabajo según la situación					
	Trabajadores independientes		Empleadores		Trabajadores familiares auxiliares	
	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal
Empresas del sector formal					1	2
Empresas del sector informal ^a	3		4		5	6
Hogares ^b		9				10
						8

^a Según la definición de la Decimocuarta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo en 1993. ^b Hogares que producen bienes para su propio uso final y hogares que emplean a trabajadores domésticos.

Las casillas gris oscuro hacen referencia a los puestos de trabajo que, por definición, no existen en el tipo de unidad de producción de que se trate.

Las casillas gris claro hacen referencia a los puestos de trabajo que existen en el tipo de unidad de producción de que se trate pero no son relevantes para los intereses de este estudio.

Las casillas blancas son el punto central de este estudio; se refieren a los tipos de puestos de trabajo que representan los diferentes segmentos de la economía informal.

Casillas 1 y 2: Trabajadores familiares auxiliares: sin contrato de trabajo ni protección jurídica o social que se derive del propio puesto, en empresas formales (casilla 1) o empresas informales (casilla 5). (Los trabajadores familiares con contrato de trabajo, sueldo, protección social, etc., se considerarían trabajadores en el empleo formal.)

Casillas 2, 6 y 10: Trabajadores que tienen puestos de trabajo informales, ya se encuentren en empresas formales (casilla 2) o informales (casilla 6) o se trace de trabajadores domésticos remunerados empleados en hogares (casilla 10).

Casillas 3 y 4: Trabajadores independientes (casilla 3) y empleadores (casilla 4) que poseen sus propias empresas informales. El carácter informal de sus trabajos se desprende directamente de las características de las empresas que poseen.

Casilla 7: Trabajadores empleados en empresas informales pero en puestos formales. (Ello puede ocurrir, por ejemplo, cuando las empresas se definen como informales basándose únicamente en el criterio del tamaño.)

Casilla 8: Miembros de cooperativas de productores informales.

Casilla 9: Productores de bienes para su propio uso final en sus hogares (por ejemplo, granjas de subsistencia).

Anexo N° 9

Tabla N° 1. Número de accidentes de trabajo reportados por rama de actividad.

Rama de actividad total	Total
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	1.565
Comercio al por mayor y menor, restaurantes y hoteles	986
Construcción	605
Electricidad, gas y agua	217
Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas	546
Explotación de minas y canteras	270
Industrias manufactureras	2.138
Servicios sociales, comunales y personales	1.111
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	467
TOTAL	7.905

Fuente: IESS, Boletín Estadístico N° 18, (Diciembre 2010)

Anexo N° 10

Tabla N° 1. Tasa de población económicamente activa por ubicación geográfica, sexo, edad, nivel educativo y quintiles de ingresos

Desagregación	Junio de 15
	Estimador
Nacional	65.86
Urbano	63.71
Rural	70.74
Hombre	80.15
Mujer	52.42
Población 15-24 años	43.04
Población 25-34 años	79.85
Población de 35-44 años	82.40
Población de 45-64 años	76.68
Población de 65 años y más	38.43
Ninguno	51.39
Centro de alfabetización	75.23
Educación Básica	65.94
Educación Media/Bachillerato	61.61
Superior no Universitario	78.37
Superior Universitario	75.12
Post Grado	93.28
Quintil 1	61.30
Quintil 2	59.87
Quintil 3	63.67
Quintil 4	68.82
Quintil 5	73.00

Fuente: ENEMDU (junio 2015)

Nota: La tasa de población económicamente activa se ha calculado respecto de la población en edad de trabajar, mayor de 15 años de edad, denominada como tasa de Participación Global.

Anexo N° 11

Tabla N° 1. Población cubierta por una pensión o jubilación por sexo y nivel educativo.

Desagregación	Junio de 2015
	Estimación
Nacional	262,343
Hombre	141,534
Mujer	120,809
Ninguno (*)	9,982
Centro de alfabetización (*)	1,097
Educación Básica	126,176
Educación Media/Bachillerato	67,205
Superior no Universitario (*)	2,838
Superior Universitario	50,308
Post Grado (*)	4,738

Fuente: ENEMDU (junio 2015)

(*) El tamaño de la muestra no es lo suficientemente grande para que la información sea estadísticamente significativa.

Anexo N° 12

Tabla 1. Porcentaje de población asegurada a un régimen contributivo, por sexo, quintiles de ingreso y edad.

Desagregación	Estimador
Hombre	44,7%
Mujer	42,0%
Quintil 1	19,2%
Quintil 2	28,0%
Quintil 3	37,6%
Quintil 4	46,8%
Quintil 5	69,7%
Población 15-24 años	31,4%
Población 25-34 años	48,3%
Población de 35-44 años	47,2%
Población de 45-64 años	44,8%
Población de 65 años y más	38,8%

Fuente: ENEMDU (junio 2015)

Anexo N° 13

Tabla N° 1. Número de afiliados activos al Seguro General Obligatorio por provincia, relación de trabajo y sexo.

PROVINCIAS	SEMI CONTRIBUTIVO		PRIVADA		PUBLICA		VOLUNTARIO / INDEPENDIENTE		TOTALES
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	
Azuay	5,631	9	56,913	86,148	15,056	14,124	4,196	2,979	185,056
Bolívar	39		3,201	3,642	4,270	4,427	474	257	16,310
Cañar	2,645	6	6,545	17,450	5,310	4,311	696	564	37,527
Carchi	88	1	4,445	6,260	3,652	3,796	347	268	18,857
Chimborazo	178	1	13,016	16,333	10,637	9,904	1,854	1,210	53,133
Cotopaxi	64		17,409	24,236	7,481	6,932	744	621	57,487
El Oro	274	2	25,485	58,559	11,993	11,172	1,818	1,665	110,968
Esmeraldas	209		9,694	18,402	11,457	10,248	550	448	51,008
Galápagos	5		2,519	3,284	1,130	1,507	129	85	8,659
Guayas	3,214	39	255,036	456,977	53,444	52,755	15,033	10,855	847,353
Imbabura	176	1	18,437	23,981	8,791	8,236	1,586	1,002	62,210
Loja	247	1	15,680	20,083	11,334	12,338	2,087	1,348	63,118
Los Ríos	432	6	13,693	39,102	12,249	9,892	649	546	76,569
Manabí	50,699	81	45,563	69,965	26,079	24,546	2,963	2,452	222,348
Morona Santiago	192	6	2,210	3,455	4,250	5,261	151	144	15,669
Napo	24		2,271	3,481	4,045	3,823	170	130	13,944
Orellana	41		2,473	8,530	3,803	4,061	79	111	19,098
Pastaza	22		2,395	3,386	2,843	3,392	200	161	12,399
Pichincha	2,024	56	347,212	492,891	92,569	100,778	32,244	15,980	1,083,754
Santa Elena	153		5,257	11,594	4,944	5,128	404	396	27,876
Santo Domingo de los Tsáchilas	165	2	13,663	27,274	6,399	5,277	649	593	54,022
Sucumbíos	54		3,489	12,544	4,320	5,133	137	174	25,851
Tungurahua	106	1	29,823	44,253	8,352	7,956	1,975	1,429	93,895
Zamora Chinchipe	110	6	1,978	7,494	3,364	3,867	149	118	17,086
TOTALES	66,792	218	898,407	1,459,324	317,772	318,864	69,284	43,536	3,174,197

Fuente: IESS, Business Intelligence (BI) (octubre 2015)

Tabla N° 2. Número de afiliados activos al Seguro Social Campesino por provincia y sexo.

Provincias	Mujer	Hombre	Total
Azuay	11,760	11,079	22,839
Bolívar	2,696	6,870	9,566
Cañar	4,814	4,880	9,694
Carchi	2,237	4,565	6,802
Cotopaxi	5,419	6,887	12,306
Chimborazo	6,001	10,896	16,897
El Oro	3,584	6,916	10,500
Esmeraldas	5,245	10,411	15,656
Guayas	12,378	36,531	48,909
Imbabura	4,439	6,467	10,906
Loja	8,531	19,816	28,347
Los Ríos	7,350	18,699	26,049
Manabí	25,758	77,406	103,164
Morona Santiago	1,438	2,225	3,663
Napo	1,453	1,518	2,971
Pastaza	607	930	1,537
Pichincha	4,957	6,752	11,709
Tungurahua	3,472	4,357	7,829
Zamora Chinchipe	1,422	2,726	4,148
Galápagos	119	417	536
Sucumbíos	2,698	3,259	5,957
Orellana	1,218	1,882	3,100
Santo Domingo de la Tsáchilas	2,442	7,152	9,594
Santa Elena	4,125	7,444	11,569
Total	124,163	260,085	384,248

Fuente: IESS, Business Intelligence (BI) (octubre 2015)

Anexo N° 14

Tabla N° 1. Población pensionada perteneciente al Seguro General.

Seguro General	
Subsidio Transitorio	92
Mejora de Retiro	2.269
Jubilación por Discapacidad	447
Especial Reducida	31.486
Pensión por Invalidez	24.095
Jubilación por Vejez	241.875
Montepío	105.711
Total	405.975

Fuente: BI (octubre 2015)

Tabla N° 2. Población pensionada perteneciente al SSC.

Seguro Social Campesino	
Jubilación por vejez	60.952
Pensión por invalidez	409
Total	61.361

Fuente: BI (octubre 2015)

Tabla N° 3. Población pensionada por Riesgos del Trabajo.

Riesgos del Trabajo	
Montepío	7.597
Permanente Absoluta	107
Permanente Parcial	5.143
Permanente Total	1.064
Temporal primer año	123
Temporal segundo año	46
Total	14.080

Fuente: BI (octubre 2015)

Población Total: 16'312.205

Jubilados por Vejez: 241.875

Pensión de Montepío del Seguro General: 105.711

Pensión de Montepío del Seguro de Riesgos del Trabajo: 7.597

Pensión por Invalidez del Seguro General: 24.095

Pensión de Invalidez del Seguro de Riesgos del Trabajo: 6.483 (Permanente Absoluta, Parcial, Total y Temporales)

Tasa población adulta mayor protegida respecto de la población total = 1.48 %

Tasa población de derechohabientes del Seguro General protegidos, respecto de la población total = 0.65 %

Tasa población de derechohabientes del Seguro de Riesgos del Trabajo protegidos, respecto de la población total = 0.05 %.

Tasa población con pensión de invalidez del Seguro General, respecto de la población total = 0.15 %

Tasa población con pensión de invalidez del Seguro Riesgos del Trabajo, respecto de la población total = 0.04 %

Anexo N° 15

Tabla N° 1. Número de afiliados rurales por provincia y género.

Provincias	Género		Total
	Femenino	Masculino	
Azuay	12.039	15.301	27.340
Bolívar	414	621	1.035
Cañar	2.856	4.184	7.040
Carchi	970	1.492	2.462
Chimborazo	1.101	1.977	3.078
Cotopaxi	6.429	9.735	16.164
El Oro	6.069	14.663	20.732
Esmeraldas	4.538	8.976	13.514
Galápagos	195	271	466
Guayas	16.129	30.447	46.576
Imbabura	3.425	5.060	8.485
Loja	980	1.368	2.348
Los Ríos	2.138	8.967	11.105
Manabí	29.142	5.249	34.391
Morona Santiago	491	858	1.349
Napo	497	867	1.364
Orellana	349	1.165	1.514
Pastaza	376	525	901
Pichincha	76.505	88.966	165.471
Santa Elena	2.741	5.567	8.308
Santo Domingo de la Tsáchilas	1.668	5.614	7.282
Sucumbíos	393	1.910	2.303
Tungurahua	6.037	11.508	17.545
Zamora Chinchipe	670	4.007	4.677
TOTAL	176.152	229.298	405.450

Fuente: BI (octubre 2015)

Población Total: 16'312.205

Población económicamente activa: 7'599.717

Tasa población afiliada rural respecto de la población total = 2.76 %

Tasa población afiliada rural respecto de la PEA = 5.34 %

Anexo N° 16

Tabla N° 1. Convenios fundamentales

N°	Convenio	Fecha de ratificación	Estatus
1	C105 - Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso, 1957 (núm. 105)	05 de febrero de 1962	En vigor
2	C111 - Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111)	10 de julio de 1962	En vigor
3	C138 - Convenio sobre la edad mínima, 1973 (núm. 138)	19 de septiembre de 2000	En vigor
4	C182 - Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182)	19 de septiembre de 2000	En vigor

Fuente: OIT, Portal oficial:

http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:11200:0::NO::P11200_COUNTRY_ID:102616 (Diciembre, 2015)

Tabla N° 2. Convenios técnicos

N°	Convenio	Fecha de ratificación	Estatus
1	C024 - Convenio sobre el seguro de enfermedad (industria), 1927 (núm. 24)	05 de febrero de 1962	En vigor
2	C045 - Convenio sobre el trabajo subterráneo (mujeres), 1935 (núm. 45)	06 de julio de 1954	En vigor
3	C077 - Convenio sobre el examen médico de los menores (industria), 1946 (núm. 77)	18 de julio de 1975	En vigor
4	C078 - Convenio sobre el examen médico de los menores (trabajos no industriales), 1946 (núm. 78)	26 de agosto de 1975	En vigor
5	C088 - Convenio sobre el servicio del empleo, 1948 (núm. 88)	26 de agosto de 1975	En vigor
6	C097 - Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949 (núm. 97) Ha excluido las disposiciones de los anexos I-III.	05 de abril de 1978	En vigor
7	C103 - Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952 (núm. 103)	05 de febrero de 1962	En vigor
8	C106 - Convenio sobre el descanso semanal (comercio y oficinas), 1957 (núm. 106)	03 de octubre de 1969	En vigor
9	C113 - Convenio sobre el examen médico de los pescadores, 1959 (núm. 113)	10 de marzo de 1969	En vigor
10	C115 - Convenio sobre la protección contra las radiaciones, 1960 (núm. 115)	09 de marzo de 1970	En vigor
11	C116 - Convenio sobre la revisión de los artículos finales, 1961 (núm. 116)	10 de marzo de 1969	En vigor
12	C117 - Convenio sobre política social (normas y objetivos básicos), 1962 (núm. 117)	03 de octubre de 1969	En vigor
13	C119 - Convenio sobre la protección de la maquinaria, 1963 (núm. 119)	03 de octubre de 1969	En vigor
14	C120 - Convenio sobre la higiene (comercio y oficinas), 1964 (núm. 120)	10 de marzo de 1969	En vigor
15	C121 - Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 [Cuadro I modificado en 1980] (núm. 121) En virtud del párrafo 1 del artículo 2 del Convenio, el Gobierno se acoge a las excepciones temporales que figuran en los artículos 5; 9, párrafo 3, apartado b); 12; 15, párrafo 2; y 18, párrafo 3.	05 de abril de 1978	En vigor
16	C123 - Convenio sobre la edad mínima (trabajo subterráneo), 1965 (núm. 123) Edad mínima especificada: 18 años.	10 de marzo de 1969	En vigor
17	C124 - Convenio sobre el examen médico de los menores (trabajo subterráneo), 1965 (núm. 124)	10 de marzo de 1969	En vigor
18	C127 - Convenio sobre el peso máximo, 1967 (núm. 127)	10 de marzo de 1969	En vigor

19	C130 - Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 130) En virtud del párrafo 1 del artículo 2 del Convenio, el Gobierno se acoge a las excepciones temporales que figuran en los artículos 1, apartado g), inciso i); 11; 14; 20; 26, párrafo 2. El Gobierno declara acogerse igualmente a la exclusión temporal prevista en el párrafo 1 del artículo 3 del Convenio.	05 de abril de 1978	En vigor
20	C136 - Convenio sobre el benceno, 1971 (núm. 136)	27 de marzo de 1975	En vigor
21	C139 - Convenio sobre el cáncer profesional, 1974 (núm. 139)	27 de marzo de 1975	En vigor
22	C148 - Convenio sobre el medio ambiente de trabajo (contaminación del aire, ruido y vibraciones), 1977 (núm. 148)	11 de julio de 1978	En vigor
23	C149 - Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149)	11 de julio de 1978	En vigor
24	C152 - Convenio sobre seguridad e higiene (trabajos portuarios), 1979 (núm. 152)	20 de mayo de 1988	En vigor
25	C153 - Convenio sobre duración del trabajo y períodos de descanso (transportes por carretera), 1979 (núm. 153)	20 de mayo de 1988	En vigor
26	C159 - Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas), 1983 (núm. 159)	20 de mayo de 1988	En vigor
27	C162 - Convenio sobre el asbesto, 1986 (núm. 162)	11 de abril de 1990	En vigor

Fuente: OIT, Portal oficial:

http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:11200:0::NO::P11200_COUNTRY_ID:102616 (Diciembre, 2015)

Anexo N° 21

Tabla N° 1. Presupuesto devengado por tipo.

Tipo	AÑO											
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015				
CORRIENTE	676,632,839	776,440,346	894,354,570	975,221,178	1,254,131,182	1,586,894,254	1,855,690,452	580,589,372				
INVERSIÓN	202,810,117	144,541,220	258,216,984	331,819,503	423,278,831	412,546,271	306,366,178	65,098,368				
	OG 1G 2G 3G	OG 1G 2G 3G	OG 1G 2G 3G	OG 1G 2G 3G	OG 1G 2G 3G	OG 1G 2G 3G	OG 1G 2G 3G	OG 1G 2G 3G				
	Devengado				Devengado							

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2015)

Tabla N° 2. Presupuesto devengado por tipología.

Tipo	Tipología	AÑO								Total general
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
CORRIENTE	ADMINISTRATIVO	211,509,906	264,213,905	304,055,949	359,416,694	350,978,004	462,635,578	479,226,410	121,480,657	2,553,517,105
	CENTROS DE SALUD	169,198,289	191,875,518	217,273,934	233,145,266	376,317,422	468,570,236	623,435,725	231,068,851	2,510,885,240
	HOSPITAL BÁSICO	3,896,160	3,749,053	4,319,793	4,694,827	7,500,205	10,375,802	10,515,023	2,462,731	47,513,594
	HOSPITAL BÁSICO - CENTROS DE SALUD	29,792,630	34,807,260	38,724,143	42,808,388	65,106,120	79,515,441	72,083,954	14,848,704	377,686,640
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	34,886,424	38,283,891	52,789,938	55,772,369	84,370,666	114,069,437	121,125,336	44,007,894	545,305,954
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	69,092,112	73,811,355	86,936,105	89,113,271	108,626,055	129,867,740	158,413,031	46,780,371	762,640,039
	HOSPITAL GENERAL	158,257,318	169,699,365	190,254,707	190,270,362	261,206,131	317,621,656	383,949,706	117,680,274	1,788,939,519
	HOSPITAL MÓVIL					26,579	4,238,364	6,941,268	2,259,890	13,466,101
INVERSIÓN	Total	676,632,839	776,440,346	894,354,570	975,221,178	1,254,131,182	1,586,894,254	1,855,690,452	580,589,372	8,599,954,193
	ADMINISTRATIVO	159,678,682	133,199,056	160,375,875	198,170,730	222,340,545	287,464,451	211,983,163	57,694,195	1,430,906,696
	CENTROS DE SALUD	19,802,031	5,092,981	43,078,659	27,132,721	54,599,459	42,777,229	42,858,074	3,621,706	238,962,861
	HOSPITAL BÁSICO	295,161	54,390	435,693	254,637	1,364,471	1,363,709	360,822	0	4,128,884
	HOSPITAL BÁSICO - CENTROS DE SALUD	4,048,142	990,102	8,719,582	4,743,500	11,218,508	7,568,760	5,192,421	402,590	42,883,616
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	2,461,280	1,295,311	7,159,499	27,394,229	24,923,081	8,967,462	10,492,769	1,064,792	83,758,422
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	5,831,709	699,431	10,167,904	25,512,469	44,171,030	22,236,999	11,313,746	1,224,580	121,157,870
	HOSPITAL GENERAL	10,693,112	3,209,949	28,279,772	48,611,216	64,661,737	42,167,660	24,165,172	1,090,524	222,879,143
Total general		879,442,956	920,981,567	1,152,571,554	1,307,040,681	1,677,410,013	1,999,440,525	2,162,056,630	645,687,759	10,744,631,684

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2015)

Ver Anexo N° 22

Tabla N° 1. Gasto familiar en salud como proporción del ingreso familiar corriente

Quintiles de Ingreso Per Cápita	Promedio de Ingreso Corriente del Hogar	Ingreso Corriente del Hogar	Hogares que Gastaron en Salud	Distribución Porcentual del Ingreso Corriente
Nacional	928,43	3.313.433.268	3.568.865	100,0%
Quintil 1	382,65	253.600.772	662.753	7,7%
Quintil 2	568,66	405.502.519	713.084	12,2%
Quintil 3	740,74	534.983.493	722.230	16,1%
Quintil 4	961,92	704.365.717	732.247	21,3%
Quintil 5	1915,89	1.414.980.766	738.551	42,7%

Fuente: INEC. Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos Urbanos - Rurales (ENIGHUR 2011-2012)

Nota: La información de ingresos corresponde a los hogares que manifestaron haber tenido gasto en el rubro de salud.

- La variable de quintil se forma a partir del ingreso per cápita del hogar a nivel nacional.

Anexo N° 23

Tabla N° 1. Número de servidores capacitados a nivel nacional.

Número de servidores capacitados a nivel nacional										
Coordinación Zonal	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Total
Coordinación Zonal 1	345	350	261	305	183	283	150	152	126	2155
Coordinación Zonal 2	211	529	361	477	532	327	184	236	284	3141
Coordinación Zonal 3	425	211	314	442	276	344	555	582	361	3510
Coordinación Zonal 4	542	691	471	202	317	516	498	287	531	4055
Coordinación Zonal 5	582	419	237	131	569	439	523	598	272	3770
Coordinación Zonal 6	497	143	640	275	491	482	326	96	125	3075
Coordinación Zonal 7	389	228	523	536	596	255	524	652	107	3810
Coordinación Zonal 8	639	605	747	526	540	631	601	655	198	5142
Coordinación Zonal 9	334	498	571	656	527	317	213	427	643	4186
Total										32844

Fuente: Dirección Nacional de Talento Humano del Ministerio de Salud Pública (diciembre 2015)

Tabla N° 2. Número de beneficiarios y total del presupuesto respecto de la Planta Central y a Nivel Nacional.

Unidad Administrativa	No. de beneficiarios	Total Presupuesto
Planta Central	1.025	\$ 146.313,54
Nivel Nacional	32.884	\$ 198.290.00

Fuente: Dirección Nacional de Talento Humano del Ministerio de Salud Pública (diciembre 2015)

Anexo N° 25

Tabla N° 1. Uso actual de métodos anticonceptivos por método (mujeres de 15 a 49 años).

Método anticonceptivo	Porcentaje
Usa un método	54,7 %
Método anticonceptivo usado	
Vasectomía	0,2 %
Esterilización femenina	20,5 %
DIU, espiral o T de cobre	3,5 %
Inyección anticonceptiva	7,8 %
Implante	4,4 %
Pastillas anticonceptivas	7,4 %
MELA (Método de la amenorrea de la lactancia materna)	0,5 %
Métodos vaginales	*
Condón masculino	4,7 %
Condón femenino	*
Ritmo	3,3 %
Retiro	2,5 %
No usan	45,3 %
Total	100 %

Elaborado por: Instituto Nacional Ecuatoriano de estadística y Censos (INEC)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT 2012

Nota: Para está estimación no se tomó en cuenta actividad sexual en el último mes del 2012

*Menos de 25 casos

Anexo N° 26

Tabla N° 1. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Enero 2015*

DATOS PARA CÁLCULO DE INDICADORES GPR A NIVEL ZONAL - ENERO 2015*								
ZONA	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERA PREVENCIÓN	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERA PREVENCIÓN	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERA PREVENCIÓN2	ATENCIÓNES PRENATALES PREVENTIVAS SUBSECUENTES	TOTAL DE ATENCIONES PRENATALES PREVENTIVAS	ATENCIÓNES PREVENTIVAS PRIMERA2	ATENCIÓNES MORBILIDAD PRIMERA	ATENCIÓNES MORBILIDAD SUBSECUENTES
Z00	78	4.380	78	58	86	4.380	3.728	944
Z01	730	63.324	730	1.794	2.524	63.324	108.351	30.000
Z02	447	31.385	447	1.374	1.821	31.385	72.745	20.662
Z03	298	63.518	298	983	1.281	63.518	113.738	28.889
Z04	1.239	80.258	1.239	2.277	3.516	80.258	129.469	32.759
Z05	2.172	96.851	2.172	3.391	7.563	96.851	151.711	55.349
Z06	568	66.766	568	1.339	1.907	66.766	104.417	37.226
Z07	666	51.619	666	1.899	2.565	51.619	102.269	37.823
Z08	1.675	73.778	1.675	3.019	4.694	73.778	138.996	50.840
Z09	979	68.059	979	1.723	2.702	68.059	119.677	33.867
	8.802	601.938	8.802	19.857	28.659	601.938	1.045.121	328.959

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias

Elaboración: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

* Datos sujetos a revisión. Fecha de corte: enero de 2015.

Tabla N° 2. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Febrero 2015*

DATOS PARA CÁLCULO DE INDICADORES GPR A NIVEL ZONAL - FEBRERO 2015*								
ZONA	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERA PREVENCIÓN	ATENCIÓNES PREVENTIVAS PRIMERA	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERA PREVENCIÓN2	ATENCIÓNES PRENATALES PREVENTIVAS SUBSECUENTES	TOTAL DE ATENCIONES PRENATALES PREVENTIVAS	Suma de ATENCIONES PREVENTIVAS PRIMERA2	ATENCIÓNES MORBILIDAD PRIMERA	ATENCIÓNES MORBILIDAD SUBSECUENTES
Z00	49	3.153	49	88	137	3.153	3.579	917
Z01	547	60.417	547	1.499	2.046	60.417	97.395	30.661
Z02	418	26.805	418	1.239	1.657	26.805	62.153	17.757
Z03	260	53.882						

			286	928	1.194	53.882	94.050	28.102
Z04	1.156	79.419	1.156	2.306	3.462	79.419	120.803	31.852
Z05	1.769	83.550	1.769	5.312	7.081	83.550	138.150	31.620
Z06	597	58.724	597	1.320	1.917	58.724	97.026	37.501
Z07	598	44.014	598	1.987	2.585	44.014	80.793	34.991
Z08	1.598	63.213	1.598	2.893	4.491	63.213	117.689	45.342
Z09	777	54.083	777	1.409	2.186	54.083	98.547	32.179
	7.775	528.760	7.775	18.981	28.756	528.760	920.191	310.922

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
 Elaboración: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
 * Datos sujetos a revisión. Fecha de corte: febrero de 2015.

Tabla N° 3. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Marzo 2015*

DATOS PARA CÁLCULO DE INDICADORES GPR A NIVEL ZONAL - MARZO 2015*

ZONA	Suma de ATENCIONES PRENATALES PRIMARIAS	Suma de ATENCIONES PREVENTIVAS PRIMARIAS	Suma de ATENCIONES PRENATALES PRIMARIAS PREVENCIÓN2	Suma de ATENCIONES PRENATALES PREVENTIVAS SUBSECUENTES	Suma de TOTAL DE ATENCIONES PRENATALES PREVENTIVAS	Suma de ATENCIONES PREVENTIVAS PRIMARIAS2	Suma de ATENCIONES MORBILIDAD PRIMARIAS	Suma de ATENCIONES MORBILIDAD SUBSECUENTES
Z00	52	2.590	52	101	153	2.590	4.144	893
Z01	416	65.094	416	1.230	1.646	65.094	101.822	33.075
Z02	64	12.647	64	154	218	12.647	30.734	7.760
Z03	135	28.864	135	477	612	28.864	56.743	15.825
Z04	744	42.200	744	1.799	2.543	42.200	70.273	19.730
Z05	1.749	77.150	1.749	5.233	6.982	77.150	145.306	50.622
Z06	376	54.428	376	901	1.277	54.428	81.375	29.072
Z07	632	50.928	632	2.010	2.642	50.928	97.211	38.364
Z08	1.424	56.330	1.424	2.430	3.854	56.330	110.602	40.728
Z09	573	43.573	573	1.040	1.619	43.573	71.535	24.240

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
 Elaboración: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
 * Datos sujetos a revisión. Fecha de corte: marzo de 2015.

Tabla N° 4. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Abril 2015*

DATOS PARA CÁLCULO DE INDICADORES GPR A NIVEL ZONAL - ABRIL 2015*								
ZONA	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERA PREVENCIÓN	ATENCIÓNES PREVENTIVAS PRIMERA	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERA PREVENCIÓN 2	ATENCIÓNES PRENATALES PREVENCIÓN SUBSECUENTE	TOTAL DE ATENCIONES PRENATALES PREVENTIVAS	ATENCIÓNES PREVENTIVAS PRIMERA 2	ATENCIÓNES MORBILIDAD PRIMERA	ATENCIÓNES MORBILIDAD SUBSECUENTE
Z00	34	2.103	34	67	101	2.103	4.357	908
Z01	570	60.224	570	1.046	2.216	60.224	108.738	33.137
Z02	582	27.829	582	1.706	2.288	27.829	66.887	22.219
Z03	309	62.887	309	1.108	1.417	62.887	113.444	36.153
Z04	1.123	59.202	1.123	2.519	3.642	59.202	121.328	34.298
Z05	1.914	72.691	1.914	5.962	7.876	72.691	149.356	56.034
Z06	689	66.670	689	1.575	2.264	66.670	104.349	42.131
Z07	626	48.044	626	1.998	2.624	48.044	87.996	30.831
Z08	1.789	58.065	1.789	2.999	4.788	58.065	122.038	46.366
Z09	748	58.778	748	1.392	2.140	58.778	101.186	35.535
Total general	8.384	510.493	8.384	20.972	29.356	510.493	970.873	343.612

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
 Elaboración: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
 * Datos sujetos a revisión. Fecha de corte: 10 de abril de 2015.

Tabla N° 5. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Mayo 2015*

DATOS PARA CÁLCULO DE INDICADORES GPR A NIVEL ZONAL - MAYO 2015*								
ZONA	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERA PREVENCIÓN	ATENCIÓNES PREVENTIVAS PRIMERA	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERA PREVENCIÓN 2	ATENCIÓNES PRENATALES PREVENCIÓN SUBSECUENTE	TOTAL DE ATENCIONES PRENATALES PREVENTIVAS	ATENCIÓNES PREVENTIVAS PRIMERA 2	ATENCIÓNES MORBILIDAD PRIMERA	ATENCIÓNES MORBILIDAD SUBSECUENTE
Z00	60	3.521	60	97	157	3.521	4.131	1.027
Z01	509	57.310	509	1.607	2.116	57.310	92.916	32.646
Z02	473	29.520	473	1.532	2.005	29.520	69.705	22.156
Z03	307	64.525	307	1.074	1.381	64.525	117.174	35.389
Z04	1.046	65.026	1.046	2.574	3.620	65.026	132.662	35.329
Z05	2.091	79.020	2.091	6.147	8.238	79.020	151.692	54.263
Z06	722	75.483	722	1.712	2.434	75.483	104.232	42.787
Z07	573	52.355	573	1.872	2.445	52.355	94.673	39.102
Z08	1.876	62.186	1.876	3.303	5.179	62.186	146.315	49.877
Z09	781	57.636	781	1.561	2.342	57.636	104.902	35.402
Total general	8.408	546.588	8.408	21.485	29.893	546.588	1.018.402	347.438

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
 Elaboración: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
 * Datos sujetos a revisión. Fecha de corte: mayo de 2015.

Tabla N° 6. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Junio 2015*

DATOS PARA CÁLCULO DE INDICADORES GPR A NIVEL ZONAL - JUNIO 2015*								
ZONA	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERAS PREVENCIÓN N	ATENCIÓNES PREVENTIVA S PRIMERAS	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERAS PREVENCIÓN 2	ATENCIÓNES PRENATALES PREVENTIVAS SUBSECUENTE S	TOTAL DE ATENCIÓNES PRENATALES PREVENTIVA S	ATENCIÓNES PREVENTIVA S PRIMERAS2	ATENCIÓNES MORBILIDA D PRIMERAS	ATENCIÓNES MORBILIDAD SUBSECUENTE S
Z00	42	2.539	42	140	182	2.539	3.735	1.153
Z01	564	80.917	564	1.704	2.268	80.917	103.311	35.134
Z02	456	29.629	456	1.355	1.811	29.629	70.799	24.224
Z03	422	66.777	422	1.335	1.757	66.777	124.088	38.343
Z04	1.171	74.892	1.171	2.598	3.769	74.892	133.037	37.023
Z05	2.135	92.837	2.135	6.268	8.403	92.837	172.894	59.542
Z06	721	79.310	721	1.706	2.427	79.310	107.529	43.834
Z07	557	62.802	557	1.931	2.488	62.802	99.507	40.448
Z08	1.895	83.048	1.895	3.539	5.434	83.048	167.886	55.855
Z09	890	61.107	890	1.765	2.655	61.107	118.503	39.990
Total general	8.853	639.858	8.853	22.341	31.194	639.858	1.101.289	375.546

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
 Elaboración: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
 * Datos sujetos a revisión. Fecha de corte: junio de 2015.

Tabla N° 7. Datos para cálculo de indicadores GPR a nivel zonal – Julio 2015*

DATOS PARA CÁLCULO DE INDICADORES GPR A NIVEL ZONAL - JULIO 2015*								
ZONA	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERAS PREVENCIÓN N	ATENCIÓNES PREVENTIVA S PRIMERAS	ATENCIÓNES PRENATALES PRIMERAS PREVENCIÓN 2	ATENCIÓNES PRENATALES PREVENTIVAS SUBSECUENTE S	TOTAL DE ATENCIÓNES PRENATALES PREVENTIVA S	ATENCIÓNES PREVENTIVA S PRIMERAS2	ATENCIÓNES MORBILIDA D PRIMERAS	ATENCIÓNES MORBILIDAD SUBSECUENTE S
Z00	51	2.421	51	162	213	2.421	3.584	1.592
Z01	586	63.914	586	1.757	2.343	63.914	96.762	34.970
Z02	460	24.376	460	1.364	1.824	24.376	69.393	23.262
Z03	387	50.032	387	1.444	1.831	50.032	112.529	38.451
Z04	1.183	79.855	1.183	2.639	3.822	79.855	131.674	39.218
Z05	2.087	102.854	2.087	6.052	8.139	102.854	173.300	60.624
Z06	708	57.923	708	1.805	2.513	57.923	98.124	44.995
Z07	623	55.932	623	1.926	2.549	55.932	97.099	40.484
Z08	1.821	91.541	1.821	3.620	5.441	91.541	152.295	58.662
Z09	841	52.507	841	1.875	2.716	52.507	102.938	37.884
Total general	8.807	587.355	8.807	23.244	32.051	587.355	1.037.098	379.542

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
 Elaboración: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
 * Datos sujetos a revisión. Fecha de corte: julio de 2015.



Esperanza de vida por sexo a nivel provincial.

HOMBRES

PROVINCIAS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AZUAY	74.2	74.4	74.7	74.9	75.1	75.3	75.5	75.7	75.8	76.0	76.1
BOLIVAR	72.7	72.9	73.2	73.4	73.7	73.9	74.1	74.3	74.5	74.7	74.8
CAÑAR	72.1	72.4	72.8	73.1	73.4	73.6	73.9	74.2	74.4	74.6	74.8
CARCHI	74.2	74.4	74.6	74.7	74.9	75.0	75.2	75.3	75.4	75.6	75.7
CHIMBORAZO	70.0	70.4	70.8	71.2	71.6	71.9	72.2	72.6	72.9	73.2	73.4
COTOPAXI	70.4	70.8	71.2	71.6	72.0	72.4	72.7	73.0	73.3	73.6	73.9
EL ORO	72.0	72.2	72.4	72.6	72.8	73.0	73.2	73.4	73.5	73.7	73.9
ESMERALDAS	69.1	69.3	69.5	69.8	70.0	70.2	70.4	70.6	70.8	71.0	71.3
GALAPAGOS	72.2	72.6	73.0	73.3	73.6	73.9	74.2	74.5	74.7	75.0	75.2
GUAYAS	70.2	70.4	70.6	70.9	71.1	71.3	71.5	71.7	71.9	72.1	72.3
IMBABURA	72.2	72.6	73.0	73.3	73.6	73.9	74.2	74.5	74.7	75.0	75.2
LOJA	76.1	76.2	76.3	76.4	76.5	76.6	76.7	76.8	76.9	76.9	77.0
LOS RIOS	68.6	68.9	69.1	69.4	69.6	69.8	70.1	70.3	70.6	70.8	71.0
MANABI	71.6	71.7	71.9	72.0	72.2	72.3	72.5	72.6	72.8	72.9	73.1
MORONA SANTIAGO	72.3	72.5	72.7	72.9	73.1	73.3	73.5	73.7	73.9	74.1	74.2
NAPO	72.3	72.5	72.7	72.9	73.1	73.3	73.5	73.7	73.9	74.1	74.2
ORELLANA	72.3	72.5	72.7	72.9	73.1	73.3	73.5	73.7	73.9	74.1	74.2
PASTAZA	72.3	72.5	72.7	72.9	73.1	73.3	73.5	73.7	73.9	74.1	74.2
PICHINCHA	73.8	74.0	74.3	74.5	74.7	74.9	75.1	75.3	75.4	75.6	75.7
SANTA ELENA	74.8	75.1	75.3	75.5	75.6	75.8	76.0	76.1	76.2	76.3	76.5
SANTO DOMINGO	71.2	71.4	71.6	71.7	71.9	72.1	72.3	72.5	72.7	72.8	73.0
SUCUMBIOS	72.3	72.5	72.7	72.9	73.1	73.3	73.5	73.7	73.9	74.1	74.2
TUNGURAHUA	72.5	72.9	73.2	73.5	73.9	74.1	74.4	74.7	74.9	75.1	75.3
ZAMORA CHINCHIPE	72.3	72.5	72.7	72.9	73.1	73.3	73.5	73.7	73.9	74.1	74.2
ZONAS NO DELIMITADAS	72	73	73	73	73	73	74	74	74	74	74
NACIONAL	72.15	72.45	72.70	72.95	73.17	73.43	73.66	73.89	74.10	74.27	74.47

MUJERES

PROVINCIAS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AZUAY	80.2	80.4	80.6	80.8	81.0	81.1	81.3	81.5	81.6	81.7	81.9
BOLIVAR	76.6	76.9	77.2	77.4	77.7	78.0	78.2	78.5	78.8	79.0	79.2
CAÑAR	79.0	79.3	79.5	79.7	79.9	80.1	80.3	80.5	80.6	80.8	80.9
CARCHI	77.0	77.3	77.6	77.8	78.1	78.3	78.5	78.8	79.0	79.2	79.4
CHIMBORAZO	76.1	76.5	76.9	77.2	77.6	77.9	78.2	78.5	78.8	79.1	79.4
COTOPAXI	76.7	77.1	77.5	77.9	78.2	78.6	78.9	79.2	79.5	79.8	80.0

EL ORO	77.6	77.8	78.0	78.2	78.4	78.6	78.8	79.0	79.2	79.4	79.6
ESMERALDAS	76.2	76.5	76.8	77.0	77.3	77.6	77.8	78.1	78.3	78.6	78.8
GALAPAGOS	77.5	77.8	78.1	78.5	78.8	79.1	79.3	79.6	79.8	80.1	80.3
GUAYAS	76.9	77.1	77.4	77.6	77.8	78.0	78.2	78.4	78.6	78.8	79.0
IMBABURA	77.5	77.8	78.1	78.5	78.8	79.1	79.3	79.6	79.8	80.1	80.3
LOJA	79.4	79.6	79.8	79.9	80.1	80.3	80.4	80.6	80.8	80.9	81.0
LOS RIOS	75.0	75.2	75.5	75.8	76.0	76.3	76.5	76.8	77.1	77.3	77.6
MANABI	77.8	77.9	78.1	78.3	78.5	78.7	78.8	79.0	79.2	79.3	79.5
MORONA SANTIAGO	76.0	76.2	76.4	76.7	76.9	77.1	77.3	77.5	77.7	77.9	78.2
NAPO	76.0	76.2	76.4	76.7	76.9	77.1	77.3	77.5	77.7	77.9	78.2
ORELLANA	76.0	76.2	76.4	76.7	76.9	77.1	77.3	77.5	77.7	77.9	78.2
PASTAZA	76.0	76.2	76.4	76.7	76.9	77.1	77.3	77.5	77.7	77.9	78.2
PICHINCHA	79.0	79.2	79.4	79.6	79.8	80.0	80.1	80.3	80.5	80.6	80.8
SANTA ELENA	78.1	78.3	78.6	78.8	79.0	79.2	79.4	79.6	79.8	80.0	80.2
SANTO DOMINGO	77.2	77.5	77.7	77.9	78.1	78.3	78.5	78.7	78.9	79.1	79.3
SUCUMBIOS	76.0	76.2	76.4	76.7	76.9	77.1	77.3	77.5	77.7	77.9	78.2
TUNGURAHUA	77.7	78.0	78.3	78.6	78.9	79.2	79.5	79.7	80.0	80.2	80.4
ZAMORA CHINCHIPE	76.0	76.2	76.4	76.7	76.9	77.1	77.3	77.5	77.7	77.9	78.2
ZONAS NO DELIMITADAS	76	76	76	77	77	77	77	78	78	78	78
NACIONAL	77.78	78.08	78.33	78.59	78.79	79.06	79.30	79.52	79.74	79.94	80.15

TOTAL

PROVINCIAS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AZUAY	77.2	77.4	77.6	77.8	78.0	78.2	78.4	78.6	78.7	78.9	79.0
BOLIVAR	74.6	74.9	75.2	75.4	75.7	75.9	76.2	76.4	76.6	76.8	77.0
CAÑAR	75.6	75.9	76.1	76.4	76.6	76.9	77.1	77.3	77.5	77.7	77.9
CARCHI	75.6	75.8	76.1	76.3	76.5	76.7	76.8	77.0	77.2	77.4	77.5
CHIMBORAZO	73.1	73.5	73.9	74.2	74.6	74.9	75.2	75.6	75.9	76.1	76.4
COTOPAXI	73.5	74.0	74.4	74.7	75.1	75.5	75.8	76.1	76.4	76.7	77.0
EL ORO	74.8	75.0	75.2	75.4	75.6	75.8	76.0	76.2	76.4	76.6	76.7
ESMERALDAS	72.7	72.9	73.2	73.4	73.6	73.9	74.1	74.3	74.6	74.8	75.0
GALAPAGOS	74.9	75.2	75.6	75.9	76.2	76.5	76.8	77.0	77.3	77.5	77.7
GUAYAS	73.6	73.8	74.0	74.2	74.4	74.6	74.8	75.0	75.2	75.4	75.6
IMBABURA	74.9	75.2	75.6	75.9	76.2	76.5	76.8	77.0	77.3	77.5	77.7
LOJA	77.7	77.9	78.0	78.2	78.3	78.4	78.6	78.7	78.8	78.9	79.0
LOS RIOS	71.8	72.0	72.3	72.6	72.8	73.1	73.3	73.6	73.8	74.1	74.3
MANABI	74.7	74.8	75.0	75.2	75.3	75.5	75.6	75.8	76.0	76.1	76.3
MORONA SANTIAGO	74.1	74.4	74.6	74.8	75.0	75.2	75.4	75.6	75.8	76.0	76.2
NAPO	74.1	74.4	74.6	74.8	75.0	75.2	75.4	75.6	75.8	76.0	76.2
ORELLANA	74.1	74.4	74.6	74.8	75.0	75.2	75.4	75.6	75.8	76.0	76.2
PASTAZA	74.1	74.4	74.6	74.8	75.0	75.2	75.4	75.6	75.8	76.0	76.2
PICHINCHA	76.4	76.6	76.8	77.0	77.2	77.4	77.6	77.8	78.0	78.1	78.3
SANTA ELENA	76.5	76.7	76.9	77.1	77.3	77.5	77.7	77.9	78.0	78.2	78.3

SANTO DOMINGO	74.2	74.4	74.6	74.8	75.0	75.2	75.4	75.6	75.8	76.0	76.2
SUCUMBIO	74.1	74.4	74.6	74.8	75.0	75.2	75.4	75.6	75.8	76.0	76.2
TUNGURAHUA	75.1	75.4	75.8	76.1	76.4	76.7	76.9	77.2	77.4	77.7	77.9
ZAMORA CHINCHIPE	74.1	74.4	74.6	74.8	75.0	75.2	75.4	75.6	75.8	76.0	76.2
ZONAS NO DELIMITADAS	74	74	75	75	75	75	75	76	76	76	76
NACIONAL	74.97	75.26	75.51	75.77	75.98	76.25	76.48	76.70	76.92	77.10	77.31



**Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con
desnutrición global**

Desnutrición Global	
Total	4.8%

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV (2014)



Exámenes ginecológicos (mujeres de 15 a 49 años).	Porcentaje
Mujeres de 15 a 49 años que se han realizado alguna vez una mamografía	14.48
Mujeres de 15 a 49 años que se han hecho el examen de papanicolaou	57.59

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT 2012

Anexo N° 53

Tabla N° 1. Total de estudiantes matriculados a nivel nacional en instituciones educativas activas escolarizadas ordinarias (grupo de 3 años y 3er año de bachillerato) por periodo escolar, según nivel.

Sostenimiento	Nivel Educativo	Nivel	2009-2010 Inicio	2010-2011 Inicio	2011-2012 Inicio	2012-2013 Inicio	2013-2014 Inicio	2014-2015 Inicio
Total Nacional			3.977.308	4.098.081	4.125.710	4.205.712	4.363.400	4.726.932
Fiscal	Inicial	Grupo 3 años	15.896	20.659	25.313	31.803	54.439	133.000
		Grupo 4 años	43.928	57.595	67.778	91.497	130.702	168.449
	EGB	1er año Básica	207.677	209.851	230.714	229.648	230.654	233.918
		2do año Básica	275.171	265.470	263.313	260.861	255.178	247.716
		3er año Básica	266.050	264.293	258.585	250.499	258.717	268.754
		4to año Básica	258.921	263.064	262.860	251.486	251.916	270.442
		5to año Básica	249.512	257.750	264.087	257.147	254.446	261.479
		6to año Básica	237.357	248.369	258.288	257.837	259.172	262.106
		7mo año Básica	220.718	237.178	249.917	253.981	261.048	265.742
		8vo año Básica	224.566	224.670	233.586	248.986	269.717	290.727
		9no año Básica	186.355	200.705	201.884	218.344	243.836	281.202
		10mo año Básica	163.941	176.752	186.548	194.828	216.365	252.802
Fiscomisional	Bachillerato	1er Año Bachillerato	162.940	169.800	180.246	193.730	206.147	231.998
		2do Año Bachillerato	131.319	140.127	147.501	157.946	172.634	213.175
		3er Año Bachillerato	113.045	120.086	127.100	138.870	150.420	176.812
	Inicial	Grupo 3 años	1.070	1.365	1.768	1.765	2.373	3.345
		Grupo 4 años	3.143	3.805	4.197	5.089	6.251	7.189
	EGB	1er año Básica	11.521	12.363	12.761	13.580	13.828	14.546
		2do año Básica	14.255	14.294	14.488	14.743	15.019	16.169
		3er año Básica	14.371	14.060	14.270	14.333	14.692	16.113
		4to año Básica	13.968	14.142	14.163	14.319	14.521	15.988
		5to año Básica	13.992	13.850	14.047	14.122	14.367	15.558
		6to año Básica	13.422	13.908	13.925	14.214	14.333	15.210
		7mo año Básica	12.676	13.645	13.970	14.054	14.539	15.606

Municipal	Bachillerato	8vo año Básica	28.510	30.280	20.454	20.749	19.307	20.587
		9no año Básica	25.698	27.032	18.229	19.264	19.013	20.086
		10mo año Básica	23.308	25.891	16.998	17.828	17.915	19.749
		1er Año Bachillerato	22.264	25.366	16.907	17.496	16.896	19.801
		2do Año Bachillerato	17.730	20.387	14.443	15.033	14.806	15.778
		3er Año Bachillerato	15.227	17.430	12.646	13.635	13.631	14.640
		Grupo 3 años	1.059	1.104	1.037	1.292	1.016	1.294
		Grupo 4 años	1.609	2.197	2.125	2.079	2.437	1.743
		1er año Básica	3.748	2.776	2.963	3.020	3.101	2.737
		2do año Básica	5.350	3.660	3.477	3.390	3.380	3.113
Municipal	EGB	3er año Básica	4.918	3.592	3.293	3.201	3.255	3.116
		4to año Básica	4.604	3.354	3.207	3.167	3.229	3.076
		5to año Básica	4.319	3.238	3.140	3.122	3.158	2.975
		6to año Básica	3.824	3.110	2.948	3.007	3.111	2.926
		7mo año Básica	3.303	2.750	2.863	2.815	3.071	3.009
		8vo año Básica	3.937	3.469	3.842	4.104	4.071	3.681
		9no año Básica	3.510	3.801	3.239	3.678	3.869	3.782
		10mo año Básica	3.036	3.686	3.577	3.146	3.470	3.599
		1er Año Bachillerato	2.600	2.862	3.873	4.174	3.671	3.570
		2do Año Bachillerato	2.160	2.314	2.787	3.390	3.624	3.144
Particular	Bachillerato	3er Año Bachillerato	1.773	1.969	2.045	2.638	3.028	3.138
		Grupo 3 años	13.505	14.730	15.919	15.927	22.246	28.739
		Grupo 4 años	38.913	41.672	43.642	46.969	52.888	53.295
		1er año Básica	75.974	75.373	77.395	78.384	74.931	73.041
		2do año Básica	86.413	83.766	80.829	81.589	77.418	75.444
		3er año Básica	82.187	79.654	77.115	74.284	73.005	72.385
		4to año Básica	79.892	78.404	75.382	72.163	67.595	69.001
		5to año Básica	76.194	75.998	74.139	70.738	65.575	63.998
		6to año Básica	72.108	72.754	72.220	69.873	64.455	62.826
		7mo año Básica	66.326	70.077	70.593	69.117	65.158	63.170
Particular	EGB	8vo año Básica	61.288	61.171	59.867	60.781	57.524	57.929

	Bachillerato	9no año Básica	60.148	59.204	54.268	56.958	57.100	56.466
		10mo año Básica	58.516	60.394	55.154	53.723	54.881	57.273
		1er Año Bachillerato	59.979	62.956	57.767	55.384	52.940	55.616
		2do Año Bachillerato	55.146	57.806	53.790	53.512	51.704	51.021
		3er Año Bachillerato	52.418	56.053	52.228	52.400	51.607	53.138

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 54

Tabla N° 1. Detalle de presupuesto devengado por Organismos

Nombre del organismo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total general
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional					4,464.29	-			4,464.29
Agencia para el Desarrollo Internacional				-					-
Unión Europea	7,441,298.54	11,636,183.69	12,618,586.47	7,394,714.08	7,611,112.30	15,794,924.33	7,708,274.10		70,205,093.51
Gobierno de Japón			-						-
Programa de canje de deuda Ecuador-España					-	-	1,418,663.48	101,286.61	1,519,950.09
Programa de canje de deuda Ecuador-España		-	-						-
Banco Bilbao-España	-	-	-						-
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	160,324.78	78,956.06							239,280.84
Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura							-		-
Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura			61,138.48	-					61,138.48
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura	78,000.00	90,997.10							168,997.10
Agencia Luxemburguesa para la Cooperación al Desarrollo (lux-development)		-							-
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo					-	-			-

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo						326,632.28						326,632.28
Embajada de Japón			63,966.72	620,792.41	582,189.64	15,490.66	-					1,282,439.43
Total	7,679,623.32	11,870,103.57	13,300,517.36	8,303,536.00	7,631,067.25	15,794,924.33	9,126,937.58	101,286.61				73,807,996.02

Fuente: ESIGEF – Ministerio de Finanzas

*Se excluye No Cooperación, se incluyen todos los grupos y fuentes de financiamiento con corte a 31 de diciembre de cada ejercicio fiscal.

Anexo N° 55

Tabla N° 1. Montos estimados de inversión y fuentes de financiamiento (Cifras en US\$ MM)

COMPONENTE	FUENTES DE FINANCIAMIENTO		TOTAL	
	CAF	Aporte Local	US \$	%
1.- Infraestructura educativa	163.313.600	102.739.102	266.052.702	93%
1.1 Adaptación del terreno	16.132.974	7.333.170	23.466.144	8%
1.2 Construcción de obras	140.899.334	64.045.152	204.944.486	72%
1.3 Fiscalización de obras	6.281.292	2.855.133	9.136.425	3%
1.4 Impuestos		28.505.647	28.505.647	10%
2.- Equipamiento y mobiliario	11.686.400	7.351.808	19.038.208	7%
2.1 Equipamiento y mobiliario	11.686.400	5.312.000	16.998.400	6%
2.2 Impuestos		2.039.808	2.039.808	1%
3.- Auditoría Externa (incluye gestión ambiental y social)	1.000.000	0	1.000.000	0%
TOTAL	176.000.000	110.090.910	286.090.910	100%
Participación	62%	38%	100%	

Fuente: Ministerio de Educación

Anexo N° 56

Tabla N° 1. Los programas y proyectos que ejecuta el Ministerio de Educación.

Nombre del proyecto	Objetivos	Beneficiarios (2014)
EDUCACIÓN INICIAL DE CALIDAD Y CALIDEZ	Incrementar el acceso de los niños de 3 y 4 años a la oferta educativa de educación inicial de calidad con calidez.	El proyecto cuenta con 8,974 establecimientos del MinEduc donde se imparte educación inicial 347,431 personas de 3 y 4 años 11 meses matriculados en todos los sostenimientos en los Centros de Educación Inicial del MinEduc. 7,179 establecimientos que aplican los lineamientos didácticos de educación inicial para ambientes. 2,678 instituciones educativas públicas que ofertan Educación Inicial, que han recibido material didáctico, equipos antropométricos y juegos recreativos exteriores
FORTALECIMIENTO DE EDUCACIÓN INTERCULTURAL BILINGÜE.	Mejorar la calidad y cobertura de los servicios educativos de los pueblos y nacionalidades que garanticen la permanencia de las lenguas y culturas y posibilite una educación de calidad y calidez para los niños, niñas, jóvenes y adultos del sistema de educación intercultural	El proyecto cuenta con 2,961 docentes capacitados en temas específicos de EIB. Con pertinencia cultural y lingüística 59,527 estudiantes atendidos por el proyecto de Fortalecimiento de Educación Intercultural Bilingüe. 500 centros educativos dotados con equipos tecnológicos, laboratorios y maquinarias y herramientas para los CECIBs y Colegios de la EIB. 200% de porcentaje de avance en la Elaboración del libreto de método de enseñanza de las lenguas kichwa y shuar como segunda lengua para el SEIB. 300 docentes de las nacionalidades y pueblos que cuentan con formación académica avalada por la Universidad de Cuenca.
PROGRAMA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA PARA LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN CON CALIDAD Y EQUIDAD	Mejorar la oferta del sistema educativo ecuatoriano, en aquellas parroquias que presenten altos índices de NBI, mayores déficits de oferta educativa, ubicadas preferentemente en zonas rurales y urbano marginales. El programa apoyará la implementación de circuitos educativos completos en las parroquias seleccionadas de acuerdo al proceso de desconcentración educativa	20 establecimientos con estudios de implantación arquitectónica y adicionales terminados 20 establecimientos con contratos de obra y fiscalización firmado
MODELO DE EDUCACIÓN INCLUSIVA	Incrementar el acceso de población ecuatoriana, mayor a 3 años con necesidad educativas especiales (NEE), a servicios de educación regular o especial de calidad.	100% en la elaboración del Sistema de calidad en Educación Especial e inclusiva. 3,150 personas con necesidades educativas especiales atendidas en el sistema educativo nacional.
ESTRATEGIA INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR (ENIPLA)	Mejorar el acceso permanente y efectivo de los ciudadanos y ciudadanas del país a información, educación, consejería, inclusión, protección y servicios de salud para la toma de decisiones libres y responsables sobre sexualidad y reproducción, y el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, a través de sinergias sectoriales	COEJECUTOR / MCDS COEJECUTOR

Fuente: Ministerio de Educación, Planes y programas en ejecución (diciembre 2014)

<http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/01/Planes-y-programas-en-ejecucion-Diciembre-2014.pdf>

Anexo N° 57

Tabla N° 1. Normativa interna y enlaces electrónicos.

Año	Nombre	Link	Vigencia
2008	Constitución de la República	http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Constitucion.pdf	En Vigencia
2012	Marco Legal Educativo	http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/LOEI.pdf	
		http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/01/REGLAMENTO-GENERAL-A-LA-LOEI-CODIFICADO-A-5-DE-ENERO-DE-2015.pdf	
2011	Acuerdo Ministerial 338-11	http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/ACUERDO-338-11.pdf	En Vigencia
	Enseñanza de lengua ancestral en el currículo nacional		
2012	Acuerdo Ministerial 484-12	http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/01/ACUERDO-484-12.pdf	
	Conformación de equipos técnicos pedagógicos		
2013	Acuerdo Ministerial 249-13	http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/09/ACUERDO-249-13.pdf	
	Docentes bilingües con nombramientos		
2013	Acuerdo Ministerial 311-13	http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/09/ACUERDO-311-13-V-KICHWA.pdf	
	Malla curricular		
2013	Acuerdo Ministerial 440-13	http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/ACUERDO_440-131.pdf	
	Actualización y fortalecimiento del MOSEIB		

Fuente: Ministerio de Educación (2015)

Anexo N° 58

Tabla N° 1. Objetivos, espacios de difusión, cobertura y periodicidad de campañas de difusión del derecho a la educación.

Campaña	Objetivo	Espacios de difusión	Cobertura	Periodicidad
Plan integral de prevención, seguridad y acompañamiento estudiantil	Promover una cultura de prevención en la comunidad educativa. Socializar los planes de seguridad para la comunidad educativa generados por el Ministerio de Educación.	Ruedas de prensa, entrevistas a voceros en medios masivos, eventos con la comunidad educativa, medios digitales institucionales (página web, redes sociales: Facebook, twitter, youtube, flickr), material impreso promocional.	Nacional (información que se replica en forma de cascada: planta central, 9 zonas, 140 distritos, 1117 circuitos)	Permanente 2014-2015: activación quincenal
Inscripciones	Promocionar las inscripciones de niños, jóvenes y adultos en el sistema educativo público.	Ruedas de prensa, entrevistas a voceros en medios masivos, eventos con la comunidad educativa, activaciones en el espacio público, medios digitales institucionales (página web, redes sociales: Facebook, twitter, youtube, flickr), material impreso promocional, spots y cuñas publicitarias.	Nacional (información que se replica en forma de cascada: planta central, 9 zonas, 140 distritos, 1117 circuitos)	Régimen Costa: noviembre-marzo Régimen Sierra: abril-septiembre
Educación Especializada e Inclusiva: <i>Somos diversos, somos inclusivos</i>	Sensibilizar a la comunidad educativa sobre la discapacidad. Promover el acceso, permanencia, participación y aprendizaje de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad en edad escolar (3-17 años) en el sistema educativo nacional.	Ruedas de prensa, entrevistas en medios, eventos con la comunidad educativa, medios digitales institucionales (página web, redes sociales: Facebook, twitter, youtube, flickr), material impreso promocional.	Nacional (información que se replica en forma de cascada: planta central, 9 zonas, 140 distritos, 1117 circuitos)	Permanente 2014-2015: activación trimestral
Opciones para concluir los estudios: <i>Siempre es momento para aprender</i>	Promover el acceso, permanencia, participación y aprendizaje de los jóvenes y adultos con escolaridad inconclusa en el sistema educativo público para que culminen la Educación General Básica y el Bachillerato.	Ruedas de prensa, entrevistas en medios, eventos con la comunidad educativa, activaciones en el espacio público, medios digitales institucionales (página web, redes sociales: Facebook, twitter, youtube, flickr), material impreso promocional.	Nacional (información que se replica en forma de cascada: planta central, 9 zonas, 140 distritos, 1117 circuitos)	Permanente 2014-2015: activación bimensual
Calidad Educativa	Socializar los logros del sistema educativo nacional en materia de calidad, por ejemplo los resultados obtenidos por el Ecuador en el Tercer Estudio Comparativo y Explicativo (TERCE).	Ruedas de prensa, entrevistas a voceros en medios masivos, eventos con la comunidad educativa, medios digitales institucionales (página web, redes sociales: Facebook, twitter, youtube, flickr).	Nacional (información que se replica en forma de cascada: planta central, 9 zonas, 140 distritos, 1117 circuitos)	Permanente 2014-2015: activación bimensual
Plan Nacional de Infraestructura Educativa	Difundir los logros en materia de infraestructura educativa pública: unidades educativas con servicios dignos y	Ruedas de prensa, entrevistas en medios, eventos con la comunidad educativa, medios digitales institucionales (página web, redes sociales:	Nacional (información que se replica en forma de	Permanente 2014-2015: activación semanal

Revalorización docente	de calidad para todos. Construcción de Unidades Educativas del Milenio y tipo Milenio, remodelación de unidades educativas emblemáticas. Promoción de los programas que potencian el talento de los docentes del sistema educativo brindando oportunidades para escalar en su desarrollo profesional, tales como <i>Quiero ser maestro</i> (captar nuevos docentes para el magisterio fiscal), <i>Soy maestro nunca dejo de aprender</i> (maestrías internacionales y programas de formación continua), <i>Recategorización docente</i> (ascenso de categoría salarial).	Facebook, twitter, youtube, flickr)).	cascada: planta central, 9 zonas, 140 distritos, 1117 circuitos)	Permanente 2014-2015: activación mensual
Educación Intercultural Bilingüe	Socializar los avances de la educación intercultural bilingüe en el periodo 2006-2015.	Ruedas de prensa, entrevistas a voceros en medios masivos, eventos con la comunidad educativa, medios digitales institucionales (página web, mailing, redes sociales: facebook, twitter, youtube, flickr), spots y cuñas publicitarias.	Nacional (información que se replica en forma de cascada: planta central, 9 zonas, 140 distritos, 1117 circuitos)	
		Ruedas de prensa, entrevistas a voceros en medios masivos, eventos con la comunidad educativa, medios digitales institucionales (página web, mailing, redes sociales: facebook, twitter, youtube, flickr), spots y cuñas publicitarias.	Nacional (información que se replica en forma de cascada: planta central, 9 zonas, 140 distritos, 1117 circuitos)	

Anexo N° 59

Tabla N° 1. Objetivos, espacios de difusión, cobertura y periodicidad de campañas de difusión para la erradicación del analfabetismo.

Campaña	Objetivo	Espacios de difusión	Cobertura	Periodicidad
Opciones para concluir los estudios: <i>Siempre es momento para aprender</i>	Promover el acceso, permanencia, participación y aprendizaje de los jóvenes y adultos con escolaridad inconclusa en el sistema educativo público para que culminen la Educación General Básica y el Bachillerato.	Ruedas de prensa, entrevistas en medios, eventos con la comunidad educativa, activaciones en el espacio público, medios digitales institucionales (página web, redes sociales: Facebook, twitter, youtube, flickr), material impreso promocional.	Nacional (información que se replica en forma de cascada: planta central, 9 zonas, 140 distritos, 1117 circuitos)	Permanente 2014-2015: activación bimensual

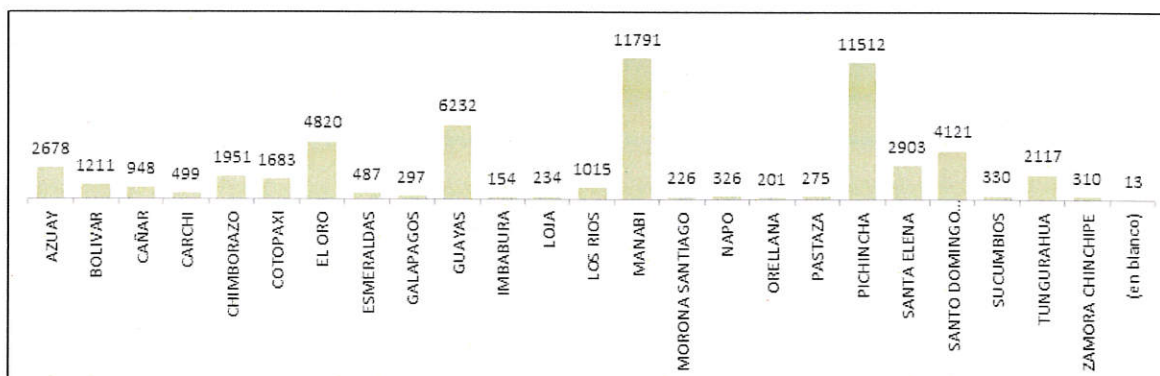
Anexo N° 60

Gra do	Zona de planificación	Insuficiente					Elemental					Satisfactorio					Excelente					Estudian tes evaluad os
		Sexo		Zona			Sexo		Zona			Sexo		Zona			Sexo		Zona			
		Tot al	Femeni no	Masculi no	Rur al	Urba na	Tot al	Femeni no	Masculi no	Rur al	Urba na	Tot al	Femeni no	Masculi no	Rur al	Urba na	Tot al	Femeni no	Masculi no	Rur al	Urba na	
	Zona 1	25,5 %	14,1 %	11,4 %	6,7 %	18,8 %	31,8 %	17,1 %	14,7 %	7,0 %	24,8 %	38,5 %	20,1 %	18,4 %	5,4 %	33,1 %	4,2 %	2,0 %	2,1 %	0,2 %	4,0 %	19985
	Zona 2	24,9 %	13,0 %	11,9 %	7,6 %	17,3 %	32,5 %	17,3 %	15,2 %	7,5 %	25,1 %	40,1 %	20,0 %	20,2 %	7,3 %	32,9 %	2,4 %	1,4 %	1,0 %	0,3 %	2,1 %	10272
	Zona 3	8,3 %	4,2 %	4,1 %	2,7 %	5,6 %	25,2 %	13,2 %	12,0 %	6,1 %	19,1 %	59,1 %	30,4 %	28,7 %	9,4 %	49,7 %	7,4 %	3,4 %	4,0 %	0,6 %	6,8 %	24666
	Zona 4	32,9 %	16,2 %	16,8 %	5,3 %	27,7 %	37,5 %	19,3 %	18,1 %	5,1 %	32,4 %	28,2 %	15,0 %	13,2 %	2,2 %	26,0 %	1,4 %	0,7 %	0,7 %	0,0 %	1,3 %	28503
3 BGU	Zona 5	32,7 %	16,4 %	16,3 %	7,3 %	25,4 %	35,9 %	18,8 %	17,1 %	8,2 %	27,7 %	29,1 %	15,4 %	13,7 %	5,5 %	23,6 %	2,3 %	1,3 %	1,0 %	0,5 %	1,8 %	33325
	Zona 6	13,9 %	7,4 %	6,6 %	5,1 %	8,9 %	29,8 %	15,7 %	14,1 %	7,1 %	22,6 %	52,6 %	26,3 %	26,2 %	7,6 %	45,0 %	3,7 %	2,1 %	1,6 %	0,3 %	3,4 %	18046
	Zona 7	15,0 %	8,1 %	6,9 %	2,4 %	12,6 %	36,3 %	19,3 %	16,9 %	5,2 %	31,0 %	45,4 %	23,6 %	21,8 %	3,8 %	41,5 %	3,3 %	1,9 %	1,4 %	0,1 %	3,2 %	19742
	Zona 8	19,8 %	11,2 %	8,6 %	0,3 %	19,4 %	34,6 %	18,7 %	15,9 %	0,9 %	33,7 %	42,6 %	22,1 %	20,5 %	1,4 %	41,2 %	3,1 %	1,7 %	1,4 %	0,2 %	2,9 %	39101
	Zona 9	6,0 %	3,3 %	2,7 %	1,4 %	4,6 %	24,2 %	13,0 %	11,2 %	5,7 %	18,5 %	64,3 %	33,1 %	31,2 %	12,7 %	51,7 %	5,5 %	2,4 %	3,1 %	0,7 %	4,8 %	37617
	Zona no delimitada	43,6 %	22,5 %	21,0 %	43,6 %	0,0 %	34,4 %	21,3 %	13,1 %	34,4 %	0,0 %	21,5 %	7,9 %	13,6 %	21,5 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,0 %	404

Fuente: Instituto Nacional de Evaluación Educativa (INEVAL)

Anexo N° 61

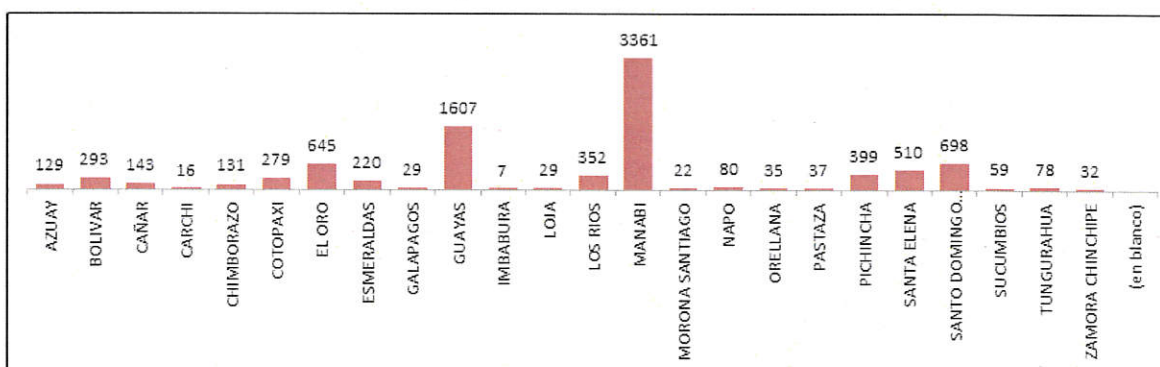
Tabla N° 1. Aspirantes Aprobados en ENES.



Fuente: Instituto Nacional de Evaluación Educativa (INEVAL)

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa

Tabla N° 2. Aspirantes No Aprobados en ENES.



Fuente: Instituto Nacional de Evaluación Educativa (INEVAL)

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa

Anexo N° 62

Tabla 1. Tasa neta de asistencia (6 a 11 años de edad) en el nivel de primaria por período.

		Dic-06	Dic-07	Dic-08	Dic-09	Dic-10	Dic-11	Dic-12	Dic-13	Dic-14
Desagregación	Nacional	93,78%	93,17%	95,18%	95,16%	95,72%	95,41%	96,09%	96,53%	96,88%
	Urbana	93,75%	93,27%	95,29%	95,52%	96,03%	95,18%	96,37%	96,85%	97,05%
	Rural	93,82%	93,00%	94,99%	94,58%	95,24%	95,79%	95,63%	95,98%	96,58%
Sexo	Hombre	93,30%	92,73%	95,10%	95,09%	95,66%	95,12%	95,86%	96,12%	96,93%
	Mujer	94,26%	93,62%	95,26%	95,24%	95,78%	95,72%	96,33%	96,97%	96,84%
Autoidentificación étnica	Indígena	94,34%	92,50%	96,58%	95,30%	95,72%	97,09%	96,91%	95,73%	97,01%
	Afroecuatoriano	88,27%	94,46%	93,86%	95,20%	95,25%	95,32%	96,70%	98,19%	96,55%
	Mestizo	93,88%	93,19%	95,10%	95,18%	95,73%	95,16%	95,87%	96,49%	96,90%
	Blanco	95,56%	92,48%	95,34%	94,70%	98,39%	95,64%	96,51%	98,81%	96,42%
	Montubio	-	-	-	-	94,98%	96,53%	97,41%	96,12%	96,62%
	Otro	100,00%	100,00%	95,19%	95,11%	100,00%	87,75%	100,00%	89,45%	100,00%
	Quintil 1	92,50%	93,57%	94,60%	94,86%	95,77%	95,84%	95,42%	96,41%	96,52%
Quintiles por ingreso per cápita	Quintil 2	93,35%	92,03%	94,99%	95,34%	95,59%	96,12%	96,03%	95,60%	97,92%
	Quintil 3	94,60%	93,31%	95,98%	94,99%	95,66%	96,06%	96,10%	97,51%	96,88%
	Quintil 4	96,10%	94,34%	96,41%	95,86%	96,23%	93,65%	96,46%	96,92%	95,85%
	Quintil 5	94,41%	94,35%	94,35%	95,10%	94,91%	93,30%	98,43%	96,92%	96,94%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación.

Tabla 2. Tasa neta de asistencia (12 a 17 años de edad) en el nivel de secundaria.

Desagregación	Dic-06	Dic-07	Dic-08	Dic-09	Dic-10	Dic-11	Dic-12	Dic-13	Dic-14
Nacional	66,35%	68,34%	71,19%	71,94%	76,62%	79,17%	79,07%	81,31%	81,94%
Área geográfica									
Urbana	75,16%	77,76%	79,68%	78,79%	83,78%	85,27%	84,36%	84,98%	85,21%
Rural	50,93%	52,25%	57,30%	60,52%	64,94%	68,68%	70,59%	74,94%	76,22%
Sexo									
Hombre	65,25%	66,58%	69,17%	70,79%	75,79%	79,35%	78,17%	81,44%	81,21%
Mujer	67,52%	70,19%	73,25%	73,15%	77,53%	78,99%	80,03%	81,16%	82,75%
Autoidentificación étnica									
Indígena	48,52%	52,34%	54,26%	61,85%	65,93%	67,36%	69,21%	78,35%	76,09%
Afroecuatoriano	60,10%	52,90%	61,48%	68,73%	71,35%	73,42%	73,55%	74,50%	74,87%
Mestizo	68,23%	70,78%	73,39%	73,12%	79,24%	82,32%	81,74%	82,56%	83,71%
Blanco	69,44%	64,83%	73,65%	72,02%	80,83%	78,43%	73,55%	91,14%	72,99%
Montubio	-	-	-	-	57,12%	57,93%	60,72%	66,93%	67,23%
Otro	57,54%	60,50%	45,49%	62,80%	48,31%	83,55%	100,00%	89,20%	61,43%
Quintil 1	50,81%	56,57%	59,42%	62,26%	67,81%	70,87%	72,15%	74,07%	74,25%
Quintil 2	62,98%	62,24%	68,41%	69,54%	74,51%	77,30%	76,77%	81,02%	80,97%
Quintil 3	67,81%	70,66%	74,37%	74,60%	78,84%	81,72%	80,99%	82,42%	84,60%
Quintil 4	80,05%	80,78%	81,12%	81,53%	85,51%	87,24%	87,47%	87,84%	90,87%
Quintil 5	89,99%	88,89%	90,14%	86,99%	93,49%	92,05%	91,38%	94,88%	92,46%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación.

Anexo N° 63

Tabla 1. Porcentaje de estudiantes de nivel primario con sobreedad (mayores de 11 años)

Nivel primario por género					
Porcentaje de estudiantes de nivel primario con sobreedad (mayores de 11 años)					
Género	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Femenino	7,93%	7,66%	8,10%	8,40%	8,07%
Masculino	9,43%	9,13%	9,69%	10,06%	9,73%
Total general	8,69%	8,41%	8,91%	9,25%	8,92%

Fuente: Registros Administrativos.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Ministerio de Educación

Tabla 2. Porcentaje de estudiantes de nivel primario con sobreedad (mayores de 11 años)

Nivel primario por área o zona					
Porcentaje de estudiantes de nivel primario con sobreedad (mayores de 11 años)					
Área o Zona	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Rural INEC	11,59%	11,18%	11,42%	11,46%	10,82%
Urbana INEC	7,58%	7,34%	7,96%	8,42%	8,21%
Total general	8,69%	8,41%	8,91%	9,25%	8,92%

Fuente: Registros Administrativos.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Ministerio de Educación

Tabla 3. Porcentaje de estudiantes de nivel medio con sobreedad (mayores de 17 años)

Nivel medio por género					
Porcentaje de estudiantes de nivel medio con sobreedad (mayores de 17 años)					
Género	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Femenino	13,35%	12,30%	11,84%	11,94%	11,08%
Masculino	14,40%	13,21%	12,98%	12,98%	12,12%
Total general	13,88%	12,76%	12,42%	12,47%	11,60%

Fuente: Registros Administrativos.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación

Tabla 4. Porcentaje de estudiantes de nivel medio con sobreedad (mayores de 17 años)

Nivel medio por área o zona					
Porcentaje de estudiantes de nivel medio con sobreedad (mayores de 17 años)					
Área o Zona	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Rural INEC	12,89%	11,92%	11,50%	11,45%	10,59%
Urbana INEC	14,06%	12,92%	12,60%	12,69%	11,84%
Total general	13,88%	12,76%	12,42%	12,47%	11,60%

Fuente: Registros Administrativos.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación

Anexo N° 64

Tabla N° 1. Porcentaje de gasto público en educación como porcentaje del PGE.

	(en millones de dólares)		
Año	Presupuesto	PGE*	% relación al PGE
2008	1.751,52	10.358	16,91%
2009	1.894,38	22.924	8,26%
2010	2.013,16	21.282	9,46%
2011	2.493,76	23.950	10,41%
2012	2.674,28	26.109	10,24%
2013	3.225,49	32.366	9,97%
2014	3.191,10	34.300	9,30%

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: AMIE y BCE.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 65

Tabla N° 1. Gasto educativo por nivel, año 2008

2008			
	(en millones de dólares)		
Niveles	Presupuesto	PGE*	% relación al PIB
Inicial	27,140	10.358	0,26%
EGB	1.471,147		14,20%
Bachillerato	253,243		2,44%
Total	1.751,529		16,91%

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: AMIE y BCE.

Elaboración: Dirección de Análisis e Información Educativa- MINEDUC

Tabla N° 2. Gasto educativo por nivel, año 2008

2009**			
	(en millones de dólares)		
Niveles	Presupuesto	PGE*	% relación al PIB
Inicial	41,100	22.924	0,18%
EGB	1.573,461		6,86%
Bachillerato	279,826		1,22%
Total	1.894,387		8,26%

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: AMIE y BCE.

Elaboración: Dirección de Análisis e Información Educativa- MINEDUC

Tabla N° 3. Gasto educativo por nivel, año 2008

2010			
	(en millones de dólares)		
Niveles	Presupuesto	PGE*	% relación al PIB
Inicial	55,15	21.282	0,26%
EGB	1.654,93		7,78%
Bachillerato	303,07		1,42%
Total	2.013,16		9,46%

Tabla 22. Gasto educativo por nivel, año 2008

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: AMIE y BCE.

Elaboración: Dirección de Análisis e Información Educativa- MINEDUC

Tabla N° 4. Gasto educativo por nivel, año 2008

2011			
	(en millones de dólares)		
Niveles	Presupuesto	PGE*	% relación al PIB
Inicial	78,49	23.950	0,33%
EGB	2.031,78		8,48%
Bachillerato	383,50		1,60%
Total	2.493,76		10,41%

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: AMIE y BCE.

Elaboración: Dirección de Análisis e Información Educativa- MINEDUC

Tabla N° 5. Gasto educativo por nivel, año 2008

2012			
(en millones de dólares)			
Niveles	Presupuesto	PGE*	% relación al PIB
Inicial	108,56	26.109	0,42%
EGB	2.133,83		8,17%
Bachillerato	431,89		1,65%
Total	2.674,28		10,24%

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: AMIE y BCE.

Elaboración: Dirección de Análisis e Información Educativa- MINEDUC

Tabla N° 6. Gasto educativo por nivel, año 2008

(en millones de dólares)			
Niveles	Presupuesto	PGE*	% relación al PIB
Inicial	185,72	32.366	0,57%
EGB	2.508,90		7,75%
Bachillerato	530,86		1,64%
Total	3.225,49		9,97%

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: AMIE y BCE.

Elaboración: Dirección de Análisis e Información Educativa- MINEDUC

Tabla N° 7. Gasto educativo por nivel, año 2008

(en millones de dólares)			
Niveles	Presupuesto	PGE*	% relación al PIB
Inicial	270,34	34.300	0,79%
EGB	2.362,97		6,89%
Bachillerato	557,80		1,63%
Total	3.191,10		9,30%

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: AMIE y BCE.

Elaboración: Dirección de Análisis e Información Educativa- MINEDUC

Tabla N° 8. Gasto educativo por año

	2010	2011	2012	2013	2014
Textos	\$ 13.195.990,00	\$ 13.993.020,00	\$ 14.839.872,88	\$ 20.081.038,40	\$ 28.527.516,39
Uniformes	\$ 21.731.066,32	\$ 29.138.447,17	\$ 32.550.003,14	\$ 36.799.989,86	\$ 50.424.349,10
Alimentación	\$ 58.326.675,20	\$ 65.858.273,60	\$ 99.396.984,00	\$ 99.943.648,00	\$ 102.732.582,00

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: AMIE y BCE.

Elaboración: Dirección de Análisis e Información Educativa- MINEDUC

Anexo N° 66

Tabla N° 1. Cálculo - Gasto Público en Educación Inicial (3-4 años), Básica y Bachillerato como porcentaje del PIB

Presupuesto devengado					
Año	CORRIENTE	INVERSION	Total general	PIB	%
2008	1.476.081.484,13	275.447.336,23	1.751.528.820,36	61.762.635.000,00	2,84%
2009	1.701.258.611,51	193.128.860,24	1.894.387.471,75	62.519.686.000,00	3,03%
2010	1.849.532.300,78	163.622.881,33	2.013.155.182,11	69.555.367.000,00	2,89%
2011	1.961.390.077,69	532.373.355,28	2.493.763.432,97	79.276.664.000,00	3,15%
2012	2.327.887.811,24	346.389.271,69	2.674.277.082,93	87.623.411.000,00	3,05%
2013	2.371.380.868,71	854.109.269,87	3.225.490.138,58	94.472.680.000,00	3,41%
2014	2.613.884.133,80	577.219.642,99	3.191.103.776,79	100.543.173.000,00	3,17%
Total general	14.301.415.287,86	2.942.290.617,63	17.243.705.905,49		

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: Registros Administrativos y BCE.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 67

Tabla N° 1. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2010

Detalle	Presupuesto	Gasto por estudiante
Desarrollo educacional de la primera infancia	-	\$ -
Educación preprimaria	210.852.429,07	\$ 2.694,46
Educación primaria	1.436.518.872,20	\$ 711,73
Educación secundaria baja	234.694.706,20	
Educación secundaria alta	131.089.174,65	\$ 304,85
Total para cálculo	2.013.155.182,11	\$ 1.237,01

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: Registros Administrativos y BCE.

Tabla N° 2. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2011

Detalle	Presupuesto	Gasto por estudiante
Desarrollo educacional de la primera infancia	-	\$ -
Educación preprimaria	308.284.543,22	\$ 3.311,65
Educación primaria	1.711.045.633,48	\$ 842,47
Educación secundaria baja	319.115.886,14	
Educación secundaria alta	155.317.370,13	\$ 341,47
Total para cálculo	2.493.763.432,97	\$ 1.498,53

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: Registros Administrativos y BCE.

Tabla N° 3. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2012

Detalle	Presupuesto	Gasto por estudiante
Desarrollo educacional de la primera infancia	-	\$ -
Educación preprimaria	350.641.811,80	\$ 2.843,81
Educación primaria	1.798.157.609,73	\$ 890,26
Educación secundaria baja	359.480.615,54	
Educación secundaria alta	165.997.045,86	\$ 338,39
Total para cálculo	2.674.277.082,93	\$ 1.357,49

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: Registros Administrativos y BCE.

Tabla N° 4. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones - 2013

Detalle	Presupuesto	Gasto por estudiante
Desarrollo educacional de la primera infancia	-	\$ -
Educación preprimaria	508.195.381,49	\$ 2.744,91
Educación primaria	2.051.387.932,19	\$ 1.004,68
Educación secundaria baja	461.362.930,39	
Educación secundaria alta	204.543.894,52	\$ 386,51
Total para cálculo	3.225.490.138,58	\$ 1.378,70

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: Registros Administrativos y BCE.

Tabla N° 5. Gasto por Estudiante en relación al Gasto de Instituciones – 2014

Detalle	Presupuesto	Gasto por estudiante
Desarrollo educacional de la primera infancia	-	\$ -
Educación preprimaria	576.922.716,71	\$ 1.913,83
Educación primaria	1.909.821.647,39	\$ 912,75
Educación secundaria baja	495.175.533,82	\$ 336,32
Educación secundaria alta	209.183.878,87	\$ 1.054,30
Total para cálculo	3.191.103.776,79	

Fuente: Ministerio de Finanzas: e-Sigef, MINEDUC: Registros Administrativos y BCE.

Anexo N° 68

Tabla N° 1. Detalle de presupuesto devengado por años y provincia *

PROVINCIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total general
AZUAY	75,742,830.77	90,460,027.67	94,765,474.25	117,085,436.22	133,103,317.74	174,829,482.51	170,972,875.53	126,278,082.42	983,237,527.11
BOLÍVAR	38,314,634.41	45,288,445.62	47,495,924.49	55,956,465.13	58,053,220.56	66,875,930.57	58,378,572.92	45,622,657.05	415,985,850.75
CAÑAR	35,764,976.44	41,311,646.70	45,324,253.22	55,189,174.65	58,055,659.23	67,640,692.28	56,853,734.34	42,678,539.23	402,818,676.09
CARCHI	36,320,668.62	42,443,320.27	44,908,951.77	54,471,564.88	55,997,136.78	65,927,470.01	55,422,680.60	41,516,128.24	397,007,921.17
CHIMBORAZO	76,477,536.83	89,804,526.20	92,989,925.82	109,868,972.13	114,375,713.04	141,746,190.77	115,835,098.67	93,570,145.28	834,668,108.74
COTOPAXI	51,440,909.37	60,245,837.91	64,933,620.99	78,328,099.90	84,448,606.64	100,301,489.61	83,308,276.28	70,971,349.87	593,978,190.57
EL ORO	91,714,125.86	106,910,019.13	113,905,085.14	145,046,056.08	146,820,207.83	174,497,990.20	156,222,297.31	110,782,194.24	1,045,897,975.79
ESMERALDAS	88,536,879.74	105,068,443.33	115,731,095.34	147,444,908.17	149,583,763.06	171,579,640.36	135,260,530.25	104,361,891.19	1,017,567,151.44
GALÁPAGOS	12,659,720.03	12,357,377.16	13,104,749.28	15,793,687.57	15,972,221.65	16,115,203.35	17,056,685.92	13,545,766.07	116,605,411.03
GUAYAS	203,032,220.09	234,586,517.44	253,885,222.70	320,898,322.94	364,205,291.16	449,744,201.28	478,974,017.47	376,418,736.22	2,681,744,529.30
IMBABURA	52,922,502.68	62,300,463.79	66,338,572.26	77,131,131.03	88,047,873.95	123,477,849.29	127,289,820.59	79,958,192.73	677,466,406.32
LOJA	110,801,392.37	127,955,980.80	133,885,302.34	168,890,692.43	174,430,218.22	216,875,916.07	199,219,209.38	128,131,709.70	1,260,190,421.31
LOS RÍOS	72,108,576.89	86,642,507.51	94,081,193.97	113,252,208.28	123,606,359.21	140,158,673.75	123,884,261.68	105,479,479.51	859,213,260.80
MANABÍ	141,626,649.70	168,318,906.58	183,140,643.90	230,610,518.49	266,541,585.17	303,225,828.84	322,473,491.05	234,437,282.72	1,850,374,906.45
MORONA									
SANTIAGO	27,515,752.52	32,250,077.91	36,350,630.09	46,368,757.10	47,056,878.12	50,564,915.24	48,176,887.32	38,541,626.36	326,825,524.66
NAPO	23,847,920.62	29,732,246.69	33,152,975.45	42,595,717.69	46,286,907.11	56,979,766.37	65,710,225.37	44,564,370.20	342,870,129.50
ORELLANA	12,595,058.84	16,986,780.22	21,532,954.29	30,550,968.09	31,170,542.31	30,309,541.69	33,980,548.18	29,985,106.61	207,111,500.23
PASTAZA	19,759,855.42	23,707,470.08	27,238,264.19	34,671,331.42	34,795,612.30	37,197,425.60	35,960,444.39	27,200,730.92	240,531,134.32
PICHINCHA	457,504,759.39	353,583,482.97	343,347,290.32	411,835,098.75	425,422,085.61	537,721,353.21	591,826,326.72	387,243,540.18	3,508,483,937.15
SANTA ELENA	9,109,325.66	19,914,633.85	23,095,504.59	31,156,083.01	34,203,510.63	36,833,476.69	37,600,659.45	34,452,967.33	226,366,161.21
SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS									
SUCUMBIOS	13,852,462.63	26,298,463.51	34,019,712.00	44,212,359.20	49,350,890.04	57,635,721.56	59,096,779.79	55,098,226.48	339,564,615.21
TUNGURAHUA	20,230,205.07	24,452,525.40	29,229,886.48	40,187,481.37	40,558,563.74	41,653,755.80	43,141,147.88	32,412,327.45	271,865,893.19
ZAMORA	57,183,575.32	67,049,686.70	70,964,440.99	83,173,057.28	92,279,169.16	120,684,267.75	131,172,402.08	86,266,656.54	708,773,255.82
CHINCHIPE	22,466,281.09	26,718,084.31	29,733,508.24	39,045,341.16	39,911,749.67	42,913,355.78	43,286,803.62	32,377,252.56	276,452,376.43
TOTAL GENERAL	1,751,528,820.36	1,894,387,471.7	2,013,155,182.1	2,493,763,432.9	2,674,277,082.9	3,225,490,138.5	3,191,103,776.7	2,341,894,959.1	19,585,600,864.5
		5	1	7	3	8	9	0	9

Fuente: ESIGEF – Ministerio de Finanzas

*Nota: En el detalle de presupuesto devengado, se consideran recursos corrientes y de inversión, además se incluyen todos los grupos y fuentes de financiamiento con fecha de corte a 31 de diciembre de cada ejercicio fiscal.

Anexo N° 69

Tabla N° 1. Número de docentes por modalidad laboral y ubicación zonal.

ZONA	CONTRATOS OCASIONALES	NOMBRAMIENTO	TOTAL GENERAL
1	1310	13462	14772
2	1206	6030	7236
3	814	17154	17968
4	395	19550	19945
5	1228	20194	21422
6	345	12866	13211
7	459	15363	15822
8	2263	13433	15696
9	103	16165	16268
TOTAL GENERAL	8123	134217	142340

Fuente: Registros Administrativos del MINEDUC.

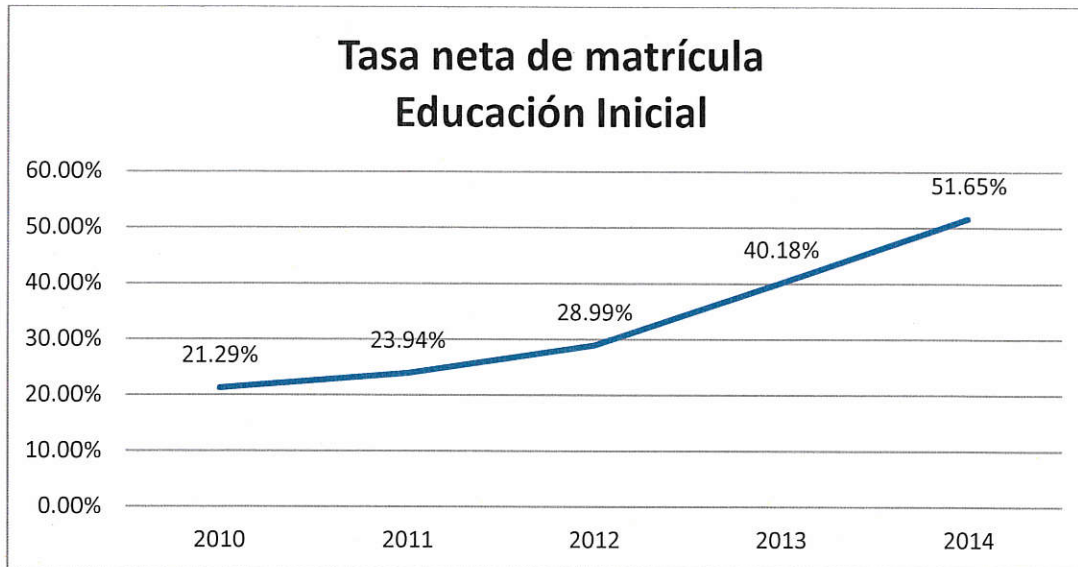
Tabla N° 2. Porcentaje de docentes sin título

INDICADOR	CONTRATOS OCASIONALES	NOMBRAMIENTOS	TOTAL GENERAL	% TOTAL
Total Docentes 20/11/2015	15596	142.638	158.234	100%
Poseen Título	8123	134217	142340	89,96%
% Poseen Título	5,13%	84,82%		
% docentes sin título				10,04%

Fuente: información obtenida del cruce del Distributivo de sueldos del 20 de noviembre del 2015, con el archivo General del Repositorio de la Subsecretaría de Desarrollo Profesional Educativo del MINEDUC de fecha 05 de Noviembre del 2015.

Anexo N° 70

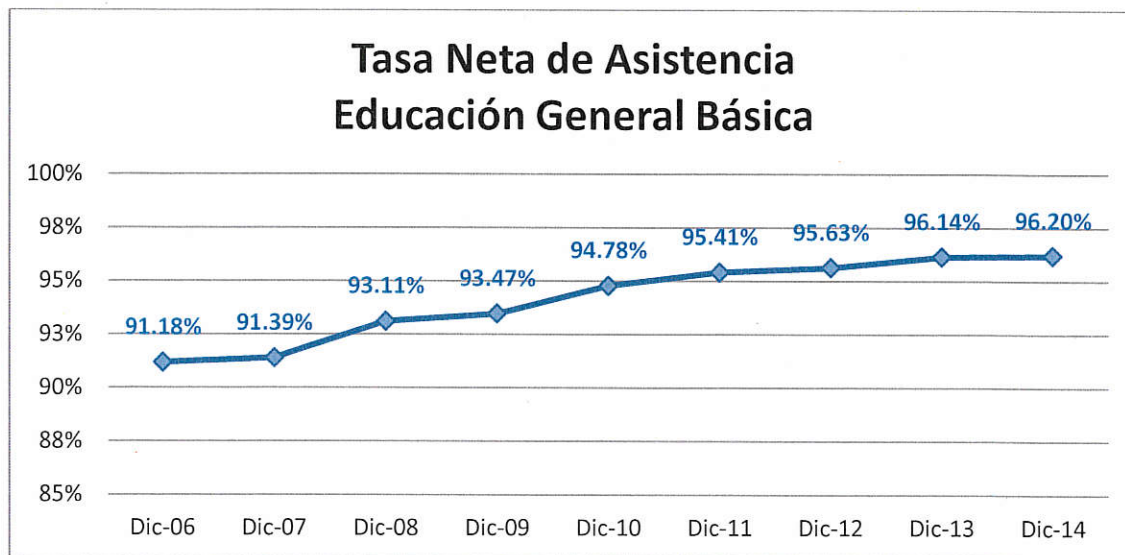
Tabla N° 1. Tasa neta de matrícula - Educación Inicial.



Fuente: Registros Administrativos MINEDUC.

Elaborado: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa.

Tabla N° 2. Tasa neta de asistencia – Educación General Básica.



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación.

Anexo N° 72

Tabla N° 1. Número de educadores por modalidad laboral y ubicación zonal.

ZONA	CONTRATOS OCASIONALES	NOMBRAMIENTO	TOTAL GENERAL
1	123	679	802
2	76	298	374
3	53	1.437	1490
4	20	1.505	1525
5	94	1.565	1659
6	3	282	285
7	16	1.268	1284
8	310	1.042	1352
9	9	1.663	1672
TOTAL GENERAL	704	9739	10443

Fuente: Ministerio de Educación.

Tabla N° 2. Porcentaje de educadores que tienen el título específico educación inicial.

INDICADOR	CONTRATOS OCASIONALES	NOMBRAMIENTOS	TOTAL GENERAL	% TOTAL
Totales	15596	142,638	158,234	100%
Poseen Título Educ. Inicial	704	9,739	10,443	6,60%
% Poseen Título de Educ. Inicial	0,44%	6,15%		6,60%

Fuente: Ministerio de Educación.

Nota: La información que antecede en los cuadros de porcentajes de docentes que poseen Título de Educación Inicial, se la obtuvo del cruce del Distributivo de sueldos del 20 de noviembre del 2015, con el archivo General del Repositorio de la Subsecretaría de Desarrollo Profesional Educativo de fecha 05 de noviembre del 2015. Los datos proporcionados corresponden a niños de 3-4 años.

Anexo N° 73

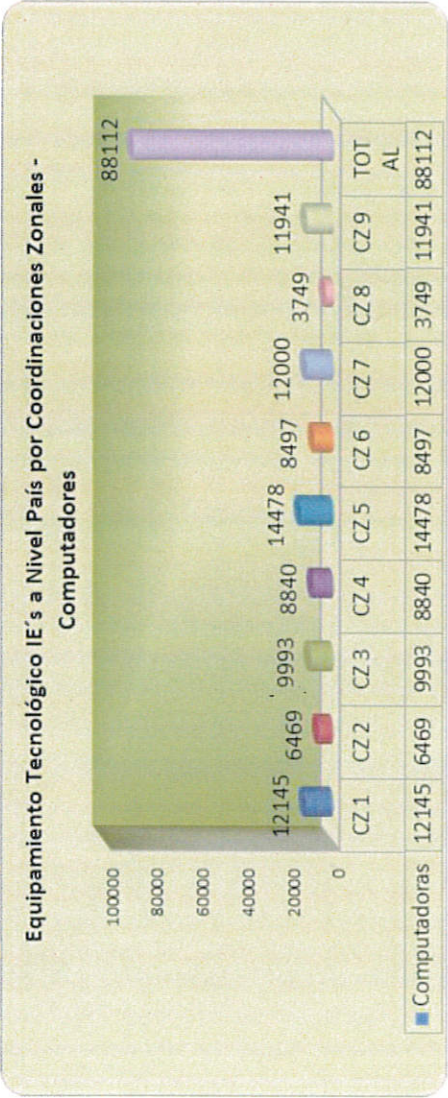
Tabla N° 1. Porcentaje de estudiantes matriculados en primaria por periodo, según sostenimiento y jornada.

Sostenimiento	Jornada	2010	2011	2012	2013	2014
Público	Matutina	69,02%	69,22%	69,50%	69,35%	69,17%
	Vespertina	4,47%	4,54%	4,76%	5,28%	6,20%
	Nocturna	0,49%	0,47%	0,46%	0,37%	0,28%
Privado	Matutina	24,79%	24,62%	24,28%	24,07%	23,52%
	Vespertina	1,21%	1,14%	0,99%	0,93%	0,82%
	Nocturna	0,02%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%

Fuente: Registros Administrativos del Ministerio de Educación.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

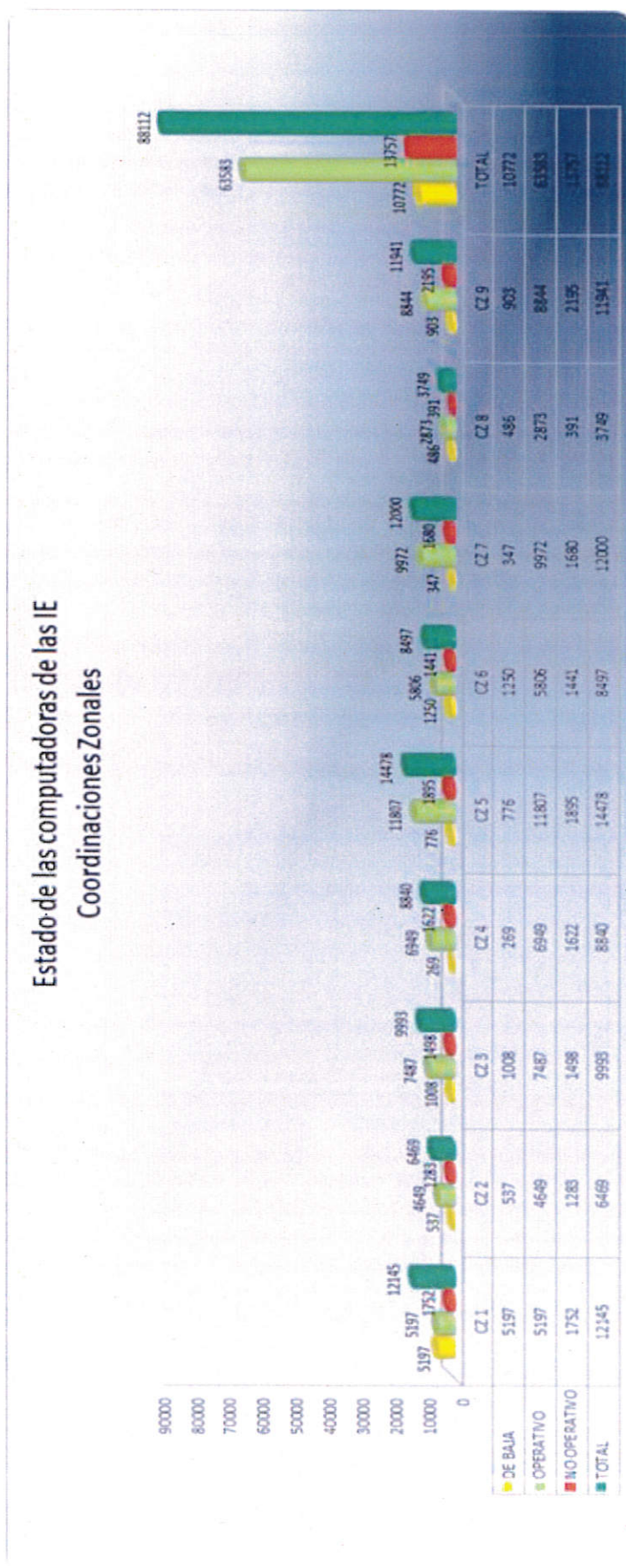
Tabla N° 1.



Fuente: Ministerio de Educación

Tabla N° 2.

A través de la siguiente grafica se ilustra la distribución de los equipos en las Coordinaciones Zonales:



Fuente: Ministerio de Educación.

Anexo N° 75

Tabla 1. Tasa neta (6 a 11 años) de matrícula en primaria a nivel nacional.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Área geográfica									
Urbana	90,01%	90,41%	92,63%	93,21%	93,83%	92,97%	94,01%	94,11%	94,70%
Rural	88,52%	88,18%	90,24%	90,76%	92,23%	92,55%	91,95%	92,89%	94,26%
Sexo									
Hombre	88,84%	89,39%	91,47%	92,09%	92,98%	92,29%	93,13%	93,72%	94,44%
Mujer	90,04%	89,74%	92,00%	92,45%	93,46%	93,37%	93,35%	93,58%	94,66%
Autoidentificación étnica									
Indígena	88,79%	87,63%	91,60%	90,80%	91,88%	91,97%	90,21%	93,15%	94,43%
Afroecuatoriano	82,72%	89,54%	90,80%	91,73%	89,27%	90,62%	94,23%	94,94%	94,44%
Mestizo	89,86%	89,82%	91,85%	92,52%	93,64%	92,91%	93,47%	93,68%	94,53%
Blanco	89,03%	88,38%	91,17%	91,32%	96,86%	94,20%	94,83%	94,41%	94,49%
Montubio	-	-	-	-	91,53%	94,99%	93,65%	92,41%	95,64%
Otro	100,00%	97,67%	95,19%	95,11%	100,00%	87,75%	100,00%	87,61%	46,14%
Quintil 1	86,56%	87,78%	89,72%	91,16%	92,42%	92,54%	91,68%	92,83%	94,01%
Quintil 2	89,42%	89,17%	91,39%	91,86%	93,97%	94,14%	93,50%	92,89%	95,18%
Quintil 3	91,03%	89,95%	94,17%	93,30%	93,32%	93,13%	92,97%	95,30%	94,65%
Quintil 4	93,08%	92,80%	93,81%	94,10%	94,11%	91,11%	94,57%	93,93%	94,28%
Quintil 5	91,24%	92,94%	92,22%	92,65%	91,99%	92,07%	96,77%	95,34%	94,93%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Tabla 2. Tasa neta de matrícula en secundaria (12 a 17 años) a nivel nacional.

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Área geográfica	Urbana	76,01%	77,87%	79,36%	78,93%	84,18%	85,60%	84,20%	84,96%	85,90%
	Rural	51,95%	52,25%	57,01%	60,58%	65,10%	68,69%	70,01%	75,44%	76,37%
Sexo	Hombre	66,17%	66,44%	68,95%	71,10%	76,02%	79,54%	77,91%	81,68%	81,74%
	Mujer	68,42%	70,47%	72,84%	73,04%	77,92%	79,24%	79,64%	81,25%	83,20%
Autoidentificación étnica	Indígena	49,53%	52,18%	54,56%	61,49%	66,18%	67,38%	67,63%	78,69%	76,28%
	Afroecuatoriano	60,47%	53,96%	61,38%	68,79%	71,25%	73,23%	72,78%	74,95%	74,93%
	Mestizo	69,19%	70,89%	73,08%	73,26%	79,55%	82,53%	81,56%	82,62%	84,25%
	Blanco	69,82%	64,54%	72,31%	72,35%	80,72%	79,97%	73,04%	93,14%	72,99%
	Montubio	-	-	-	-	58,03%	58,35%	60,65%	67,93%	67,92%
	Otro	57,54%	55,22%	52,15%	62,80%	48,31%	83,55%	100,00%	89,20%	61,43%
Quintiles por ingreso per cápita	Quintil 1	51,81%	56,53%	58,99%	62,61%	67,86%	70,96%	71,87%	74,26%	74,75%
	Quintil 2	63,95%	62,12%	67,83%	69,72%	75,31%	77,42%	76,39%	81,28%	81,42%
	Quintil 3	69,27%	71,02%	74,22%	74,32%	79,21%	82,22%	80,68%	82,47%	85,78%
	Quintil 4	80,48%	80,75%	80,84%	81,78%	85,57%	87,60%	87,35%	87,71%	90,66%
	Quintil 5	90,47%	89,32%	90,44%	86,61%	93,57%	92,05%	90,93%	95,51%	92,52%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 77

Tabla 1. Tasa de analfabetismo de personas de 15 años en adelante a nivel nacional por periodo, según área, sexo, auto identificación étnica e ingreso per cápita.

		Dic-06	Dic-07	Dic-08	Dic-09	Dic-10	Dic-11	Dic-12	Dic-13	Dic-14
Desagregación	Nacional	8,63%	7,90%	7,61%	7,75%	8,15%	8,41%	7,94%	6,71%	5,78%
Área geográfica	Urbana	4,49%	3,97%	3,99%	4,08%	4,34%	3,82%	3,81%	3,92%	3,77%
	Rural	17,53 %	16,32 %	15,34 %	15,51 %	16,16 %	17,93 %	16,48 %	12,89 %	10,28 %
Sexo	Hombre	7,04%	6,61%	6,25%	6,34%	6,68%	6,95%	6,75%	5,57%	4,74%
	Mujer	10,16 %	9,13%	8,88%	9,08%	9,53%	9,78%	9,05%	7,78%	6,75%
Autoidentificación étnica	Indígena	27,66 %	26,52 %	25,83 %	24,84 %	29,42 %	27,28 %	30,84 %	21,37 %	16,54 %
	Afroecuatoriano	11,55 %	9,21%	8,28%	7,23%	7,81%	9,89%	8,28%	6,73%	6,77%
	Mestizo	7,32%	6,65%	6,33%	6,75%	6,01%	6,16%	5,86%	5,35%	4,74%
	Blanco	5,16%	5,08%	5,30%	4,70%	3,49%	4,80%	4,64%	3,73%	4,08%
	Montubio	-	-	-	-	18,70 %	21,40 %	16,71 %	15,74 %	11,59 %
	Otro	,00%	7,54%	17,86 %	13,54 %	15,48 %	8,84%	11,22 %	7,67%	3,47%
Quintiles por ingreso per cápita	Quintil 1	18,50 %	16,20 %	15,45 %	14,30 %	15,43 %	17,57 %	16,64 %	12,43 %	10,06 %
	Quintil 2	10,67 %	10,11 %	9,93%	10,49 %	10,73 %	11,38 %	10,34 %	8,53%	7,54%
	Quintil 3	7,95%	7,29%	7,25%	7,24%	7,61%	6,78%	7,52%	6,75%	6,06%
	Quintil 4	3,95%	3,88%	3,47%	4,83%	4,81%	4,72%	3,68%	4,29%	3,56%
	Quintil 5	1,26%	1,37%	1,10%	1,88%	1,71%	1,51%	1,36%	1,19%	1,21%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 78

Tabla 1. Porcentaje de personas de 12 años y más con educación primaria completa.

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Área geográfica	Urbana	87,00%	86,64%	87,05%	86,76%	87,44%	89,62%	89,30%	88,94%	89,23%
	Rural	62,93%	62,95%	64,28%	64,69%	65,31%	65,32%	66,36%	71,47%	75,59%
Sexo	Hombre	80,85%	80,03%	80,82%	80,82%	81,72%	83,08%	83,19%	84,58%	85,72%
	Mujer	77,65%	77,96%	78,50%	78,34%	78,76%	80,22%	80,32%	82,29%	84,22%
Autoidentificación étnica	Indígena	55,16%	56,88%	56,49%	57,90%	56,38%	58,90%	57,53%	66,42%	69,78%
	Afroecuatoriano	70,12%	69,65%	71,95%	76,05%	76,30%	77,72%	77,45%	80,15%	81,25%
	Mestizo	81,14%	80,90%	81,68%	80,97%	83,25%	84,70%	84,75%	85,42%	86,98%
	Blanco	84,34%	81,56%	83,29%	84,58%	86,72%	86,39%	86,21%	89,76%	87,10%
	Montubio	-	-	-	-	62,93%	62,60%	62,14%	66,97%	68,13%
	Otro	85,38%	81,26%	56,11%	73,80%	72,50%	90,06%	86,98%	80,94%	69,64%
Quintiles de ingreso per cápita	Quintil 1	62,62%	64,25%	64,01%	66,75%	67,37%	66,53%	68,00%	72,04%	75,64%
	Quintil 2	74,21%	73,18%	74,50%	73,77%	74,60%	76,60%	76,58%	80,13%	81,42%
	Quintil 3	79,94%	79,54%	81,22%	79,53%	80,58%	83,51%	81,43%	82,61%	84,53%
	Quintil 4	87,71%	86,62%	87,51%	85,83%	86,60%	88,79%	89,53%	88,99%	89,92%
	Quintil 5	95,07%	94,41%	94,22%	93,70%	94,45%	94,52%	94,98%	95,61%	95,55%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 79

Tabla 1. Porcentaje de personas de 12 años y más con educación primaria completa.

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Área geográfica	Urbana	87,00%	86,64%	87,05%	86,76%	87,44%	89,62%	89,30%	88,94%	89,23%
	Rural	62,93%	62,95%	64,28%	64,69%	65,31%	65,32%	66,36%	71,47%	75,59%
Sexo	Hombre	80,85%	80,03%	80,82%	80,82%	81,72%	83,08%	83,19%	84,58%	85,72%
	Mujer	77,65%	77,96%	78,50%	78,34%	78,76%	80,22%	80,32%	82,29%	84,22%
Autoidentificación étnica	Indígena	55,16%	56,88%	56,49%	57,90%	56,38%	58,90%	57,53%	66,42%	69,78%
	Afroecuatoriano	70,12%	69,65%	71,95%	76,05%	76,30%	77,72%	77,45%	80,15%	81,25%
	Mestizo	81,14%	80,90%	81,68%	80,97%	83,25%	84,70%	84,75%	85,42%	86,98%
	Blanco	84,34%	81,56%	83,29%	84,58%	86,72%	86,39%	86,21%	89,76%	87,10%
	Montubio	-	-	-	-	62,93%	62,60%	62,14%	66,97%	68,13%
	Otro	85,38%	81,26%	56,11%	73,80%	72,50%	90,06%	86,98%	80,94%	69,64%
Quintiles de ingreso per cápita	Quintil 1	62,62%	64,25%	64,01%	66,75%	67,37%	66,53%	68,00%	72,04%	75,64%
	Quintil 2	74,21%	73,18%	74,50%	73,77%	74,60%	76,60%	76,58%	80,13%	81,42%
	Quintil 3	79,94%	79,54%	81,22%	79,53%	80,58%	83,51%	81,43%	82,61%	84,53%
	Quintil 4	87,71%	86,62%	87,51%	85,83%	86,60%	88,79%	89,53%	88,99%	89,92%
	Quintil 5	95,07%	94,41%	94,22%	93,70%	94,45%	94,52%	94,98%	95,61%	95,55%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa - Ministerio de Educación.

Anexo N° 80

Tabla 1. Porcentaje de personas de 18 años y más con educación secundaria completa.

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Área geográfica	Urbana	46,62%	47,05%	47,34%	48,77%	49,69%	51,32%	53,56%	52,65%	50,88%
	Rural	12,13%	12,71%	14,04%	14,38%	14,96%	16,57%	17,59%	20,36%	23,38%
Sexo	Hombre	36,10%	36,22%	36,82%	37,68%	38,78%	40,28%	42,42%	43,04%	43,18%
	Mujer	35,48%	36,31%	36,91%	38,06%	38,63%	39,96%	41,67%	42,50%	41,96%
Autoidentificación étnica	Indígena	9,81%	11,51%	11,01%	14,73%	13,14%	15,00%	14,15%	17,89%	21,19%
	Afroecuatoriano	20,87%	24,38%	26,11%	27,22%	32,44%	32,60%	33,60%	34,46%	36,16%
	Mestizo	37,67%	38,11%	38,83%	39,08%	41,85%	43,71%	45,52%	45,52%	45,10%
	Blanco	45,11%	43,94%	44,38%	49,58%	56,09%	48,31%	59,14%	61,38%	53,31%
	Montubio					15,24%	14,72%	14,53%	18,52%	20,27%
	Otro	24,70%	18,82%	15,28%	22,13%	36,85%	48,25%	38,21%	34,52%	20,45%
Quintiles por ingreso per cápita	Quintil 1	10,53%	12,60%	12,96%	15,25%	15,76%	16,24%	17,24%	17,23%	20,20%
	Quintil 2	19,27%	21,19%	21,45%	23,01%	22,49%	25,39%	28,44%	28,45%	29,56%
	Quintil 3	30,65%	30,98%	32,06%	32,51%	33,10%	36,64%	36,96%	38,86%	38,73%
	Quintil 4	47,83%	46,64%	47,80%	45,92%	48,30%	51,34%	52,04%	52,58%	51,24%
	Quintil 5	71,52%	70,80%	70,98%	70,24%	73,08%	69,78%	72,65%	75,96%	73,25%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 81

Tabla 1. Porcentaje de personas de 6 a 11 años que no ingresaron al sistema educativo o aprobaron al menos hasta 5to grado de primaria y no asisten a clases.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Porcentaje de personas de 6 a 11 años que no ingresaron al sistema educativo o aprobaron al menos hasta 5to grado de primaria y no asisten a clases	3,12%	3,07%	2,12%	1,99%	1,49%	1,27%	1,15%	1,01%	0,76%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 82

Tabla 1. Porcentaje de personas de 12 a 17 años que no ingresaron al sistema educativo o aprobaron al menos hasta 5to curso de secundaria y no asisten a clases

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Porcentaje de personas de 12 a 17 años que no ingresaron al sistema educativo o han aprobado al menos hasta 5to curso de secundaria y no asisten a clases	25,35%	23,21%	19,93%	18,40%	13,83%	12,90%	10,65%	9,60%	9,57%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación.

Anexo N° 83

Tabla 1. Años de escolaridad promedio de personas de 24 años en adelante.

		Dic-06	Dic-07	Dic-08	Dic-09	Dic-10	Dic-11	Dic-12	Dic-13	Dic-14
Desagregación	Nacional	9,06	9,13	9,14	9,17	9,29	9,35	9,52	9,73	9,81
Área geográfica	Urbana	10,54	10,61	10,58	10,65	10,79	10,92	11,10	11,01	10,86
	Rural	5,84	5,92	6,02	6,00	6,07	6,12	6,23	6,85	7,39
Sexo	Hombre	9,30	9,33	9,33	9,35	9,50	9,52	9,70	9,87	9,93
	Mujer	8,84	8,94	8,96	9,00	9,11	9,20	9,37	9,61	9,71
Autoidentificación étnica	Indígena	4,75	4,89	4,93	4,93	4,68	5,02	4,68	5,92	6,55
	Afroecuatoriano	7,41	7,95	7,83	8,28	8,63	8,46	8,76	8,90	9,14
	Mestizo	9,34	9,41	9,43	9,37	9,79	9,90	10,05	10,11	10,16
	Blanco	10,48	10,10	10,27	10,74	11,51	10,54	11,73	12,14	11,23
	Montubio	-	-	-	-	6,21	5,95	5,97	6,69	7,03
	Otro	10,68	7,74	6,25	7,59	9,46	9,54	9,28	8,64	8,70
Ingreso per cápita	Quintil 1	5,74	6,03	5,95	6,23	6,28	6,20	6,25	6,77	7,18
	Quintil 2	7,16	7,32	7,28	7,39	7,33	7,57	7,79	8,00	8,27
	Quintil 3	8,42	8,54	8,60	8,45	8,58	8,92	8,88	9,00	9,15
	Quintil 4	10,42	10,28	10,43	10,09	10,31	10,62	10,75	10,73	10,68
	Quintil 5	13,52	13,48	13,49	13,23	13,62	13,16	13,40	13,89	13,60

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 84

Tabla 1. Tasa neta (6 a 11 años) de matrícula en primaria a nivel nacional.

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Área geográfica	Urbana	90,01%	90,41%	92,63%	93,21%	93,83%	92,97%	94,01%	94,11%	94,70%
	Rural	88,52%	88,18%	90,24%	90,76%	92,23%	92,55%	91,95%	92,89%	94,26%
Sexo	Hombre	88,84%	89,39%	91,47%	92,09%	92,98%	92,29%	93,13%	93,72%	94,44%
	Mujer	90,04%	89,74%	92,00%	92,45%	93,46%	93,37%	93,35%	93,58%	94,66%
Auto identificación étnica	Indígena	88,79%	87,63%	91,60%	90,80%	91,88%	91,97%	90,21%	93,15%	94,43%
	Afroecuatoriano	82,72%	89,54%	90,80%	91,73%	89,27%	90,62%	94,23%	94,94%	94,44%
	Mestizo	89,86%	89,82%	91,85%	92,52%	93,64%	92,91%	93,47%	93,68%	94,53%
	Blanco	89,03%	88,38%	91,17%	91,32%	96,86%	94,20%	94,83%	94,41%	94,49%
	Montubio	-	-	-	-	91,53%	94,99%	93,65%	92,41%	95,64%
	Otro	100,00%	97,67%	95,19%	95,11%	100,00%	87,75%	100,00%	87,61%	46,14%
Quintiles por ingreso per cápita	Quintil 1	86,56%	87,78%	89,72%	91,16%	92,42%	92,54%	91,68%	92,83%	94,01%
	Quintil 2	89,42%	89,17%	91,39%	91,86%	93,97%	94,14%	93,50%	92,89%	95,18%
	Quintil 3	91,03%	89,95%	94,17%	93,30%	93,32%	93,13%	92,97%	95,30%	94,65%
	Quintil 4	93,08%	92,80%	93,81%	94,10%	94,11%	91,11%	94,57%	93,93%	94,28%
	Quintil 5	91,24%	92,94%	92,22%	92,65%	91,99%	92,07%	96,77%	95,34%	94,93%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación.

Tabla 2: Tasa neta de matrícula en secundaria (12 a 17 años) a nivel nacional.

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Área geográfica	Urbana	76,01%	77,87%	79,36%	78,93%	84,18%	85,60%	84,20%	84,96%	85,90%
	Rural	51,95%	52,25%	57,01%	60,58%	65,10%	68,69%	70,01%	75,44%	76,37%
Sexo	Hombre	66,17%	66,44%	68,95%	71,10%	76,02%	79,54%	77,91%	81,68%	81,74%
	Mujer	68,42%	70,47%	72,84%	73,04%	77,92%	79,24%	79,64%	81,25%	83,20%
Auto identificación étnica	Indígena	49,53%	52,18%	54,56%	61,49%	66,18%	67,38%	67,63%	78,69%	76,28%
	Afroecuatoriano	60,47%	53,96%	61,38%	68,79%	71,25%	73,23%	72,78%	74,95%	74,93%
	Mestizo	69,19%	70,89%	73,08%	73,26%	79,55%	82,53%	81,56%	82,62%	84,25%
	Blanco	69,82%	64,54%	72,31%	72,35%	80,72%	79,97%	73,04%	93,14%	72,99%
	Montubio	-	-	-	-	58,03%	58,35%	60,65%	67,93%	67,92%
	Otro	57,54%	55,22%	52,15%	62,80%	48,31%	83,55%	100,00%	89,20%	61,43%
Quintiles por ingreso per cápita	Quintil 1	51,81%	56,53%	58,99%	62,61%	67,86%	70,96%	71,87%	74,26%	74,75%
	Quintil 2	63,95%	62,12%	67,83%	69,72%	75,31%	77,42%	76,39%	81,28%	81,42%
	Quintil 3	69,27%	71,02%	74,22%	74,32%	79,21%	82,22%	80,68%	82,47%	85,78%
	Quintil 4	80,48%	80,75%	80,84%	81,78%	85,57%	87,60%	87,35%	87,71%	90,66%
	Quintil 5	90,47%	89,32%	90,44%	86,61%	93,57%	92,05%	90,93%	95,51%	92,52%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación.

Anexo N° 85

Tabla 1. Tasa de conclusión de estudiantes de primaria y secundaria por periodo, según área y sexo.

	2010	2011	2012	2013	2014
6to grado de primaria	97,45%	97,53%	96,93%	97,11%	98,44%
Rural	96,85%	96,83%	96,24%	96,44%	98,00%
Urbana	97,68%	97,79%	97,19%	97,36%	98,61%
Femenino	97,53%	97,64%	97,06%	97,22%	98,61%
Masculino	97,38%	97,42%	96,80%	97,01%	98,27%
6to curso de secundaria	95,60%	96,40%	96,71%	96,85%	97,30%
Rural	96,23%	97,06%	97,11%	97,54%	97,89%
Urbana	95,51%	96,30%	96,65%	96,74%	97,19%
Femenino	96,18%	96,79%	96,98%	96,97%	97,40%
Masculino	94,97%	95,97%	96,43%	96,73%	97,19%

Fuente: Registros Administrativos del Ministerio de Educación.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 86

Tabla N° 1. Tasas de deserción y supervivencia por género y zona (INEC).

PERÍODO		2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
PRIMARIO						
TASA DE DESERCIÓN	TOTAL	1,66%	1,72%	2,56%	2,10%	-1,23%
	MASCULINO	1,79%	1,99%	2,84%	2,03%	-1,15%
	FEMENINO	1,51%	1,43%	2,26%	2,18%	-1,31%
TASA DE SUPERVIVENCIA	TOTAL	92,23%	91,35%	87,35%	88,91%	108,27%
	MASCULINO	91,46%	89,79%	85,88%	89,30%	107,81%
	FEMENINO	93,03%	93,00%	88,91%	88,50%	108,74%
PRIMARIO						
TASA DE DESERCIÓN	TOTAL	1,66%	1,72%	2,56%	2,10%	-1,23%
	URBANA	1,31%	1,14%	2,02%	1,87%	-1,37%
	RURAL	2,54%	3,21%	3,95%	2,71%	-0,84%
TASA DE SUPERVIVENCIA	TOTAL	92,23%	91,35%	87,35%	88,91%	108,27%
	URBANA	94,07%	94,62%	90,24%	90,22%	109,22%
	RURAL	87,63%	83,26%	80,10%	85,46%	105,69%

Fuente: Registros Administrativos del Ministerio de Educación.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 87

Tabla N° 1. Tasas de deserción y supervivencia por género y zona (INEC).

PERÍODO		2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
MEDIO						
TASA DE DESERCIÓN	TOTAL	7,49%	5,69%	2,96%	3,75%	2,82%
	MASCULINO	8,81%	7,04%	4,23%	4,35%	3,40%
	FEMENINO	6,14%	4,32%	1,67%	3,14%	2,23%
TASA DE SUPERVIVENCIA	TOTAL	64,00%	70,71%	83,04%	79,92%	84,55%
	MASCULINO	58,74%	64,78%	76,64%	77,07%	81,45%
	FEMENINO	69,74%	77,16%	90,01%	82,92%	87,77%
MEDIO						
TASA DE DESERCIÓN	TOTAL	7,49%	5,69%	2,96%	3,75%	2,82%
	URBANA	7,00%	5,41%	2,28%	3,55%	1,93%
	RURAL	10,14%	7,14%	6,27%	4,65%	6,60%
TASA DE SUPERVIVENCIA	TOTAL	64,00%	70,71%	83,04%	79,92%	84,55%
	URBANA	65,80%	71,87%	86,47%	80,91%	89,35%
	RURAL	55,49%	65,19%	69,06%	75,72%	66,62%

Fuente: Registros Administrativos del Ministerio de Educación.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 88

Tabla N° 1. Unidad Educativa Mayor (1 jornada)

Nivel	Estudiantes	Docentes
Educación Inicial (3 – 4 años)	100	4
Educación General Básica Elemental (1ero – 7mo)	560	19
Educación General Superior (8vo – 10mo)	240	8
Bachillerato General Unificado (1er – 3er año)	240	10

Fuente: Ministerio de Educación.

Tabla N° 2. Unidad Educativa Mayor (2 jornadas)

Nivel	Estudiantes	Docentes
Educación Inicial (3 – 4 años)	200	8
Educación General Básica Elemental (1ero – 7mo)	1.120	38
Educación General Superior (8vo – 10mo)	480	15
Bachillerato General Unificado (1er – 3er año)	480	21

Fuente: Ministerio de Educación.

Tabla N° 3. Unidad Educativa Menor (1 jornada)

Nivel	Estudiantes	Docentes
Educación Inicial (3 – 4 años)	50	2
Educación General Básica Elemental (1ero – 7mo)	280	9
Educación General Superior (8vo – 10mo)	120	4
Bachillerato General Unificado (1er – 3er año)	120	5

Fuente: Ministerio de Educación.

Tabla N° 4. Unidad Educativa Menor (2 jornadas)

Nivel	Estudiantes	Docentes
Educación Inicial (3 – 4 años)	100	4
Educación General Básica Elemental (1ero – 7mo)	560	19
Educación General Superior (8vo – 10mo)	240	8
Bachillerato General Unificado (1er – 3er año)	240	10

Fuente: Ministerio de Educación.

Tabla N° 5. Unidad Educativa Pluridocente (1 jornada)

Nivel	Estudiantes	Docentes
Educación Inicial (3 – 4 años)	25	1
Educación General Básica (1ero – 10mo)	160	4

Fuente: Ministerio de Educación.

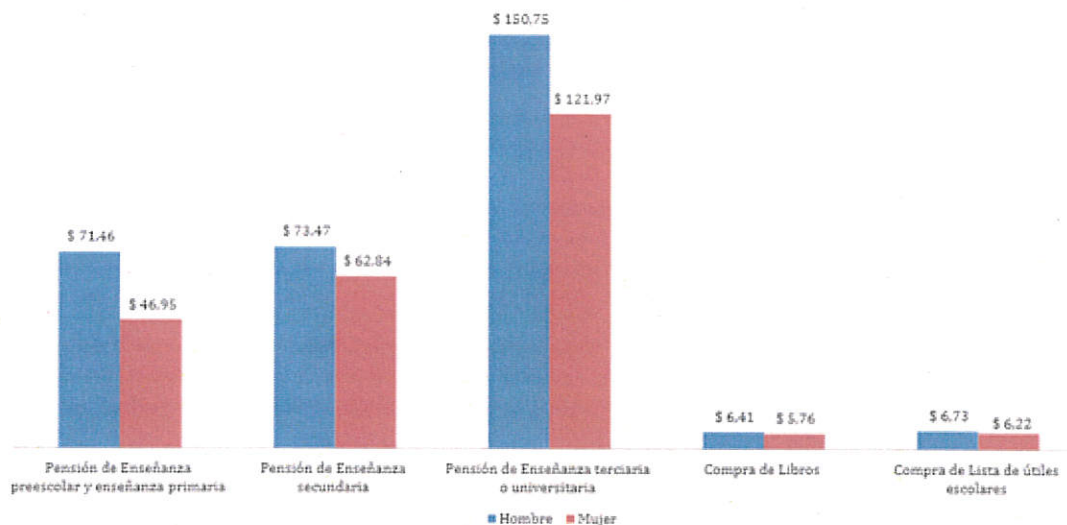
Tabla N° 6. Unidad Educativa Bidocente (1 jornada)

Nivel	Estudiantes	Docentes
Educación Inicial (3 – 4 años)	25	1
Educación General Básica Elemental (1ero – 7mo)	40	1

Fuente: Ministerio de Educación.

Anexo N° 89

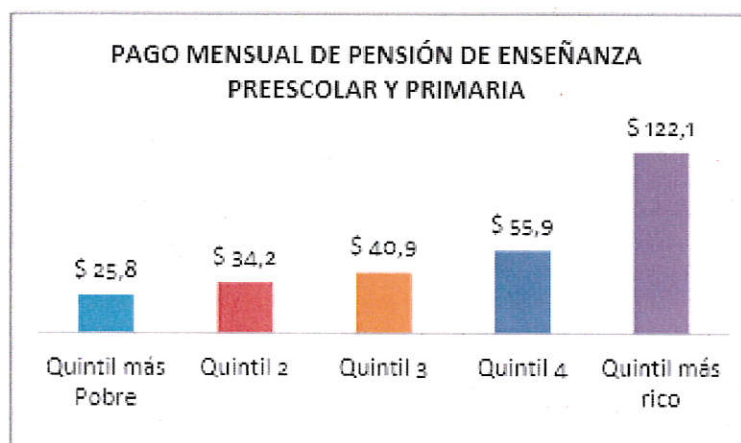
Cuadro N° 1: Gastos Promedio Mensual según jefe de hogar.



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR 2012)

Elaboración: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

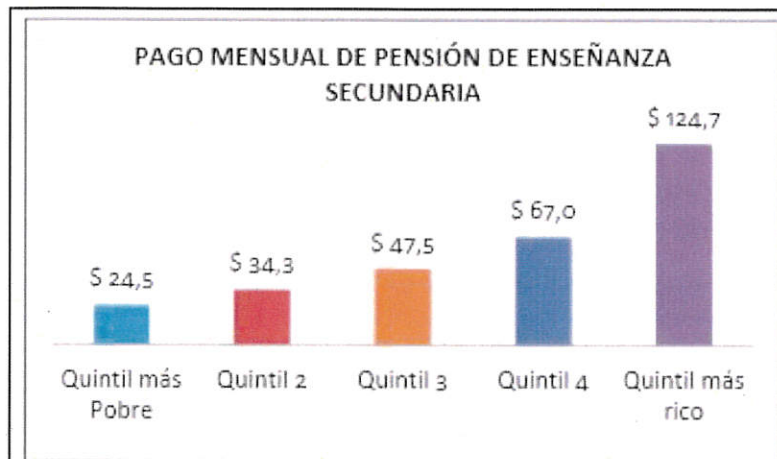
Cuadro N° 2: Pago mensual de pensión de enseñanza preescolar y primaria según quintiles de ingreso.



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR 2012)

Elaboración: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

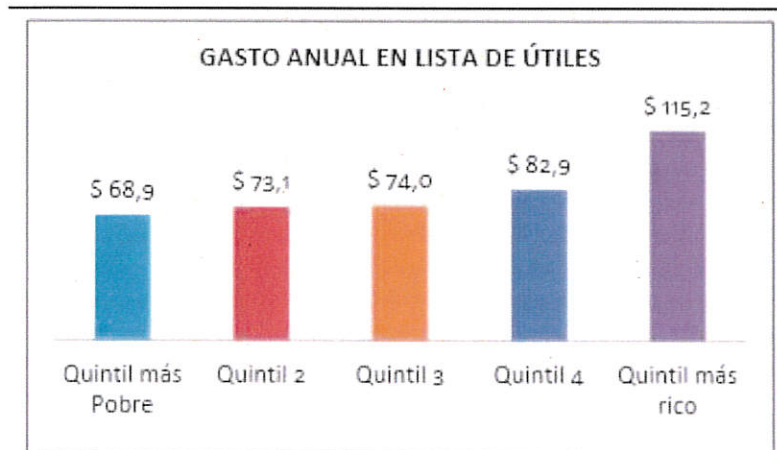
Cuadro N° 3: Pago mensual de pensión de enseñanza secundaria según quintiles de ingreso.



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR 2012)

Elaboración: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Cuadro N° 4: Gasto anual en lista de útiles según quintiles de ingreso.



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR 2012)

Elaboración: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Anexo N° 90

**Tabla N° 1: Estudiantes matriculados a nivel nacional en instituciones educativas activas
escolarizadas ordinarias entre grupo de 3 años a 6 años por periodo escolar, según nivel.**

Nivel	2009-2010 Inicio	2010-2011 Inicio	2011-2012 Inicio	2012-2013 Inicio	2013-2014 Inicio	2014-2015 Inicio
Nacional	3.977.308	4.098.081	4.125.710	4.205.712	4.363.400	4.726.932
Grupo 3 años	31.530	37.858	44.037	50.787	80.074	166.378
Grupo 4 años	87.593	105.269	117.742	145.634	192.278	230.676
1er año Básica (5 años)	298.920	300.363	323.833	324.632	322.514	324.242
2do año Básica (6 años)	381.189	367.190	362.107	360.583	350.995	342.442

Fuente: Registros administrativos-MINEDUC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 91

Tabla N° 1. Programas de cuarto nivel 2014 – 2015.

Zonas de Planificación	2014	2015	Total general	% de docentes beneficiados 2014	% de docentes beneficiados 2015	% Total de docentes beneficiados
SIN INFORMACIÓN	19	6	25	-	-	-
z1	148	149	297	1,02%	1,03%	2,04%
z2	91	237	328	1,27%	3,31%	4,58%
z3	215	151	366	1,20%	0,85%	2,05%
z4	225	214	439	1,06%	1,01%	2,08%
z5	240	420	660	1,13%	1,98%	3,11%
z6	385	91	476	2,78%	0,66%	3,44%
z7	349	427	776	2,15%	2,63%	4,77%
z8	251	166	417	1,80%	1,19%	2,99%
z9	399	19	418	2,37%	0,11%	2,48%
Total general	2322	1880	4202	1,63%	1,32%	2,94%

Fuente: Base de Datos Programas de Cuarto Nivel 2014 –2015 DNFC

Tabla N° 2. Programa de actualización docente 2014 – 2015.

Zonas de Planificación	2014	2015	Total general	% de docentes beneficiados 2014	% de docentes beneficiados 2015	% Total de docentes beneficiados
SIN INFORMACIÓN	190	28	218	-	-	-
z1	2.056	193	2.249	14,15%	1,33%	15,48%
z2	856	137	993	11,94%	1,91%	13,85%
z3	2.760	341	3.101	15,46%	1,91%	17,37%
z4	2.632	716	3.348	12,46%	3,39%	15,84%
z5	2.867	176	3.043	13,51%	0,83%	14,34%
z6	1.904	175	2.079	13,77%	1,27%	15,04%
z7	1.688	249	1.937	10,38%	1,53%	11,92%
z8	2.184	110	2.294	15,67%	0,79%	16,46%
z9	3.200	499	3.699	19,02%	2,97%	21,99%
Total general	20.337	2.624	22.961	14,25%	1,84%	16,09%

Fuente: Base de Datos Programas de Actualización Docente 2014 –2015 DNFC

Anexo N° 92

Desarrollo personal (14h presenciales + 14h a distancia)

Confianza básica, capacidad para el disfrute y la alegría, capacidad emotiva y poder personal, capacidad afectiva, inteligencia creativa.

Contenidos teórico-prácticos –(46h presenciales + 46h a distancia)

1. Derechos Humanos (10h/10h)

Sistemas internacionales y nacionales de protección de derechos; Doctrina de la protección versus caridad; Trascendencia del enfoque de derechos humanos

2. Inclusión y diversidad (5h/5h)

Identidad, diversidad socio-cultural e intergeneracional; Diversidad por discapacidad y por orientación sexual; Derecho a la no discriminación

3. Prevención de la violencia y cultura de paz (9h/9h)

Cultura de paz y resolución de conflictos; Mediación; Códigos de convivencia; Rutas y protocolos de actuación

4. Relaciones de género y sexualidad (12h/12h)

Identidad de género y sexualidad; Autocuidado y prevención del embarazo

5. Modelo de funcionamiento de los DECE (10h/10h)

Bases jurídicas y enfoques; Ejes de acción.

Anexo N° 93

**Tabla N° 1. Porcentaje participación de jóvenes y adultos en capacitación continua presencial
(Proyecto EBJA) por género.**

INDICADOR	FEMENINO	MASCULINO
Porcentaje de jóvenes y adultos de 15 años en adelante beneficiarios del Proyecto EBJA.	67,45%	32,55%

Fuente: Sistema Informático del Proyecto EBJA corte Agosto/2015

**Tabla N° 2. Porcentaje participación de jóvenes y adultos en capacitación continua presencial
(Proyecto EBJA) por zona geográfica.**

INDICADOR	RURAL	URBANO
Porcentaje de jóvenes y adultos de 15 años en adelante beneficiarios del Proyecto EBJA.	52,31%	47,69%

Fuente: Sistema Informático del Proyecto EBJA corte Agosto/2015

Anexo N° 94

Tabla N° 1: Relación entre niños y niñas matriculados por periodo y sexo, según nivel educativo y área.

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Masculin o	Femenin o	Masculin o	Femenin o	Masculin o	Femenin o	Masculin o	Femenin o	Masculino	Femenin o
Primaria	50,97%	49,03%	51,01%	48,99%	50,98%	49,02%	50,89%	49,11%	51,01%	48,99%
Rural	51,55%	48,45%	51,50%	48,50%	51,41%	48,59%	51,37%	48,63%	51,56%	48,44%
Urbana	50,75%	49,25%	50,82%	49,18%	50,82%	49,18%	50,71%	49,29%	50,80%	49,20%
Secundaria	50,51%	49,49%	50,52%	49,48%	50,48%	49,52%	50,29%	49,71%	50,38%	49,62%
Rural	54,74%	45,26%	54,06%	45,94%	53,88%	46,12%	53,27%	46,73%	52,82%	47,18%
Urbana	49,74%	50,26%	49,83%	50,17%	49,78%	50,22%	49,64%	50,36%	49,80%	50,20%

Fuente: Registros Administrativos del Ministerio de Educación.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 95

Tabla N° 1. Relación entre personas de 15 a 24 años de edad alfabetizados por periodo, según sexo.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hombre	51,37%	51,14%	50,67%	50,98%	52,18%	50,43%	51,80%	52,45%	50,59%
Mujer	48,63%	48,86%	49,33%	49,02%	47,82%	49,57%	48,20%	47,55%	49,41%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU-INEC.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa –Ministerio de Educación.

Anexo N° 96

Tabla N° 1. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en primaria por género.

% INCLUSIÓN NIVEL PRIMARIO POR GÉNERO																		
	2009-2010			2010-2011			2011-2012			2012-2013			2013-2014			2014-2015		
Género	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al
Femeni no	99,6%	0,4%	100,0%	99,9%	0,1%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,6%	0,4%	100,0%	99,6%	0,4%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%
Masculino	99,5%	0,5%	100,0%	99,8%	0,2%	100,0%	99,6%	0,4%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%
Total general	99,6%	0,4%	100,0%	99,8%	0,2%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,6%	0,4%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%

Fuente: Registros Administrativos del Ministerio de Educación.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación.

Tabla N° 2. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en primaria por zona.

% INCLUSIÓN NIVEL PRIMARIO POR ÁREA O ZONA																		
	2009-2010			2010-2011			2011-2012			2012-2013			2013-2014			2014-2015		
Área o zona	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
Rural INEC	99,5%	0,5%	100,0%	99,8%	0,2%	100,0%	99,6%	0,4%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	99,4%	0,6%	100,0%	99,3%	0,7%	100,0%
Urbana INEC	99,6%	0,4%	100,0%	99,9%	0,1%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,6%	0,4%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%
Total general	99,6%	0,4%	100,0%	99,8%	0,2%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,6%	0,4%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%

Fuente: Registros Administrativos del Ministerio de Educación.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación.

Tabla N° 3. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en secundaria por género.

% INCLUSIÓN NIVEL SECUNDARIO POR GÉNERO																		
	2009-2010			2010-2011			2011-2012			2012-2013			2013-2014			2014-2015		
Género	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al
Femeni no	99,7%	0,3 %	100 ,0%	99,9%	0,1 %	100 ,0%	99,8%	0,2 %	100 ,0%	99,7%	0,3 %	100 ,0%	99,7%	0,3 %	100 ,0%	99,7%	0,3 %	100 ,0%
Masculi no	99,7%	0,3 %	100 ,0%	99,9%	0,1 %	100 ,0%	99,8%	0,2 %	100 ,0%	99,7%	0,3 %	100 ,0%	99,7%	0,3 %	100 ,0%	99,6%	0,4 %	100 ,0%
Total general	99,7%	0,3 %	100 ,0%	99,9%	0,1 %	100 ,0%	99,8%	0,2 %	100 ,0%	99,7%	0,3 %	100 ,0%	99,7%	0,3 %	100 ,0%	99,6%	0,4 %	100 ,0%

Fuente: Registros Administrativos del Ministerio de Educación.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación.

Tabla N° 4. Porcentaje de Inclusión de estudiantes con necesidades especiales escolarizados en secundaria por zona.

% INCLUSIÓN NIVEL SECUNDARIO POR ÁREA O ZONA																		
	2009-2010			2010-2011			2011-2012			2012-2013			2013-2014			2014-2015		
Género	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al	No	Si	Tot al
Rural INEC	99,7%	0,3%	100,0%	99,9%	0,1%	100,0%	99,8%	0,2%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,6%	0,4%	100,0%	99,5%	0,5%	100,0%
Urbana INEC	99,6%	0,4%	100,0%	99,9%	0,1%	100,0%	99,8%	0,2%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%
Total general	99,7%	0,3%	100,0%	99,9%	0,1%	100,0%	99,8%	0,2%	100,0%	99,7%	0,3%	100,0%	99,7%	0,4%	100,0%	99,6%	0,4%	100,1%

Fuente: Registros Administrativos del Ministerio de Educación.

Elaboración: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa – Coordinación General de Planificación – Ministerio de Educación.